الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة – الحاج لخضر- باتنة

كلية الآداب و العلوم الإنسانية

قسم علم النفس و علوم التربية

المهارات الإجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري

" دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري "

(من 30 إلى 50 سنة)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي – تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبة: إشراف الأستاذة الدكتورة:

حربوش سمية بعيبع نادية

أعضاء لجنة المناقشة:

- د. جبالي نور الدين أستاذ محاضر جامعة باتنة رئيسا
- أد. بعيبع نادية أستاذ تعليم عالي جامعة باتنة مشرفا و مقررا
- د. أمزيان وناس أستاذ محاضر جامعة باتنة عضوا
- د. لونيس علي أستاذ محاضر جامعة سطيف عضوا

السنة الجامعية: 2008/ 2009



بسم الله الرحمن الرحيم

{ ... نَرْفَعُ دَرَجَات مَنْ نَشَاء

و فَوْقَ كُل ذِي عِلْمٍ عَليمْ. }

صدق الله العظيم

سورة يوسف آية 76

شكر و تقدير

الحمد لله رب العالمين، و الصلاة و السلام على سيد المرسلين، و بعد...

فأتقدم بالشكر العظيم لله العزيز الجليل، الذي أنعم علينا بنعمة العلم و الإيمان، و حثّنا على مثابرة الجهد في الحصول عليهما بلا حدود لزمان ، أو مكان.

والشكر لوطني الجزائر، و حكومته الرشيدة التي دأبت على رفع مستوى أبنائها في جميع قطاعات الدولة، بابتعاثهم للتزود من معين العلم، و مواكبة التقدم و الحضارة.

ثم أتقدم بجزيل الشكر و العرفان و التقدير إلى الأستاذة الدكتورة " نادية بعيبع " المشرفة على هذه الرسالة،التي أحاطتني بحسن الرعاية و الاهتمام و طيبة القلب، و كانت لتوجيهاتها العلمية القيّمة، و ما قدمته من مساندة و تشجيع، بالغ الأثر في إخراج البحث بهذه الصورة، فجزاها الله عني خير الجزاء.

كما أتوجه بخالص الشكر و عظيم الامتنان للأستاذ الفاضل الدكتور " زين العابدين درويش " أستاذي بمصر، لتكرمه بمساعدتي في هذا البحث، و إحاطته لي بالنصح و الإهتمام.

كذلك أتقدم بشكري لكل من مدّ لي يد العون و المساندة من أصدقائي و زملائي، و كذا أعضاء الهيئات الإدارية التي اجري فيها البحث.

و في الختام أتقدم بوافر الشكر و التقدير و الإمتنان لأسرتي الكريمة ، و أخص بالشكر والدي و والدتي الغاليين، اللذين كان لهما أكبر الفضل، في تشجيعي و مساندتي بلا حدود.

أسأل الله تعالى أن يوفقنا ، و أن يسدد خطانا لكل خير.

****

الفهرس المحتويات:

الموضوع ***رقم الصفحة***

- ***الفصل الثالث: داء السكري***

- ***الفصل الرابع: تقبل المرض.***

فهرس الجداول

رقم الجدول	***عنوان الجدول***	***الصفحة***

فهرس الأشكال

****

المهارات الإجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري

" دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري "

(من 30 إلى 50 سنة)

ملخص الدراسة

تناولت هذه الدراسة محاولة اكتشاف مدى علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل داء السكري لدى عينة من المصابين بالسكري بمدينة سطيف، يتراوح عمر أفرادها من (30 إلى 50) سنة، و في ضوء متغيري الجنس و المستوى التعليمي.

و ذلك من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

- هل توجد علاقة دالة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري؟
- هل توجد علاقة دالة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس؟
- هل توجد علاقة دالة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي؟

أجريت الدراسة باتباع المنهج الوصفي الإرتباطي، على عينة قدّر قوامها ب 100 شخص مصابين بداء السكري، تمّ انتقاؤهم بصورة قصدية من بعض المراكز المتخصصة (مستشفى، عيادات خاصة و جمعية المصابين بداء السكري)، حيث توفرت فيهم جميع خصائص العينة المراد الدراسة عليها:

- العمر من 30 إلى 50 سنة.
- الجنس :ذكور و إناث .
- المستوى التعليمي:

*مرتفعي التعليم: المستوى الجامعي.

* منخفضي التعليم: دون المستوى الجامعي. (مستوى نهائي أو متوسط)

و قد تمّ تطبيق مقياسين في هذه الدراسة من أجل الإجابة على الأسئلة المطروحة فيها و التحقق من فرضياتها و هما : مقياس المهارات الاجتماعية و مقياس تقبل داء السكري الذي هو من إعداد الباحثة.

و من خلال تطبيق مجموعة من الأساليب الإحصائية الوصفية و المتقدمة، شملت المتوسطات والانحرافات المعيارية، و معامل برسون للكشف عن الإرتباط.
كشفت نتائج المعالجة الإحصائية عن تحقق الفرضية الرئيسية ، و تأكيد تواجد علاقة قائمة و قوية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري ، و كشفت أيضا أن كل من متغيري الجنس و المستوى التعليمي يلعبا دور المتغير الثالث المعدّل في هذه العلاقة، حيث أوضحت النتائج وجود إختلاف في العلاقة القائمة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري بين الرجال و النساء و كذا بين مرتفعي التعليم و منخفضي التعليم

****

**** المقدّمة :***

لو أنّ علم النفس ظلّ ذلك الفرع من الفلسفة المخصص للنفس لكان تاريخه يبتدئ مع أوائل أثار الفكر الإنساني ، إلاّ أنه لم يمض بعد أكثر من حوالي مائة سنة على استكشاف إمكانية وجود علم نفس علمي يكتفي ، عن طريق الملاحظة و عن طريق التجربة، بدراسة ردود الفعل عند الكائنات العضوية الكاملة في مختلف ظروف البيئة المحيطة بها.***(موريس روكلان، 1972 ص 09).***

و منذ ذلك التاريخ أصبحت مهمة عالم النفس تنحصر في العمل على إحداث تغيير بشكل منتظم في هذه الظروف، بغية إيضاح القوانين التي تتحكم في ردود أفعال هذه الأجسام العضوية (إنسان و حيوان) .

و بهذا تطور علم النفس ليغزو مجالات عدّة ، حيث أن نموه الهائل و إلتحامه المتزايد مع العلوم الاجتماعية و البيولوجية، قد وسّع الفكر للباحثين بإجراء دراسات يتم فيها تزاوج فروع عدّة من علم النفس.

و هذا ما تضمنه البحث الحالي ، حيث كانت ركيزته الأساسية لبلوغ أهدافه الإدماج بين فرعين هامين من فروع علم النفس ، و هما :علم النفس الاجتماعي و علم نفس الصحة اللذان لاقا اهتماما واسعا في الآونة الأخيرة . فكما نعلم أن علم النفس الاجتماعي يختص بدراسة الأفراد في مواقفهم الاجتماعية و الثقافية ، بحيث يرفع بذلك بصره عن الاهتمامات النفسية البحتة و يشمل في منظوره المحيط الاجتماعي الذي يؤثر على تفكير الناس ومشاعرهم و سلوكهم و تفاعلاتهم. و بهذا المنظور الواسع يصبح عالم النفس الاجتماعي حساسا للطرق التي تتلوّن بها العمليات النفسية بالمؤثرات الاجتماعية.
(وليم لامبرت و ولاس لامبرت، 1993 ص15).

أما علم نفس الصحة فهو ذلك الفرع من علم النفس الذي يسعى جاهدا إلى تقديم مجموعة من الإسهامات التربوية و العلمية و المهنية لعلم النفس من أجل تحسين الصحة و المحافظة عليها و منع الأمراض و علاجها و تحديد المتعلقات الشخصية الخاصة بأسباب المرض و الاضطرابات المتعلقة به و تحليل وتنظيم نظُم الرعاية الصحية.

كما تجدر الإشارة إلى التنظير الذي بحث فيه العلماء في هذا المجال (علم نفس الصحة) ، حيث أمكن تفسيره من منظور اجتماعي، من خلال التوصل إلى وجود علاقة حتمية بين سلوك الفرد الصحي و البيئة التي يعيش فيها و خصائصه النفسية ، ودور مهاراته الإجتماعية في إكتسابه السلوك الصحي.

بطبيعة الحال أمكننا إستخلاص تواجد همزة وصل بين هذان الفرعان من علم النفس (علم النفس الاجتماعي و علم نفس الصحة) ، حيث تمّ اعتبارها المعلم الرئيسي لبحثنا هذا الذي سعى إلى فهم و استقصاء حقيقة المهارات الاجتماعية كسلوكات متفاوتة الإكتساب بين الأفراد و دورها في حياة الفرد الصحية كتقبله لمرضه مثلا، بحيث يصبح

أكثر إيجابية في مجتمعه ، و أقل عرضة لما يمكن أن يواجهه من مشكلات نفسية و اجتماعية .

و بهذا الصدد سوف يقوم البحث أساسا على التعرف على العلاقة القائمة بين مستوى المهارات الاجتماعية للأفراد المصابين بداء السكري و مدى تقبلهم لمرضهم، لما يختلج ذلك من أهمية كبرى تحاول إثراء الميدان بدراسات ذات صبغة علمية.

فلا يخفى علينا ما يمارسه داء السكري من مخلفات على جميع الأصعدة ، فقد غزى في البداية ساحة الأمراض الخطيرة منها و التي ليست كذلك ، و سعى إلى تضخيم أثاره الجانية، النفسية منها و العضوية ، و بذلك كان السبّاق إلى عرقلة السير النفسي و الاجتماعي للمصابين به بحيث أحدث لهم سوء تكيف نفسي و اجتماعي واضح، تجلى في البداية بعدم تقبل الإصابة به، و لذلك سعت دراسات شتى إلى إعداد برامج تأهيلية تساعد على تنمية جوانب محددة من شخصية المصابين تجعلهم أكثر تقبل لمرضهم.

فضلا عمّا تلعبه المهارات الاجتماعية من دور فعال في حياة الأفراد ، فببلوغ الفرد مستويات مرتفعة منها، يتمكّن من محاكاة الطريق السليم لحياته النفسية و علاقاته الاجتماعية.

و لذلك إرتأينا إلى محاكاة هاذين المجالين من أجل فهم و استقصاء إمكانية وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري، بحيث يهتم البحث بمعرفة ما إذا كانت المستويات المرتفعة للمهارات الاجتماعية للمصابين بداء السكري تمكنهم من تقبل مرضهم، فضلا على محاولة التطلع إلى بعض المتغيرات التي بإمكانها إضعاف أو تقوية هذه العلاقة كالجنس و المستوى التعليم .... و كل هذا سوف يتم تجسيده في البحث الراهن الذي جاء تحت عنوان :

" المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري".

حيث اشتمل هذا البحث على جانبين أولهما نظري و ثاني تطبيقي إلى جانب المقدمة و الخاتمة ، مع التوصيات و المقترحات و كذا قائمة المراجع و أخيرا الملاحق.

و بذلك فهذا البحث اشتمل على ثمانية فصول ندرجها حسب الخطة التالية:

- *الفصل الأول:* تضمن هذا الفصل البناء المنهجي للبحث ، تحت عنوان ***الإطار المفاهيمي للبحث***، و الذي احتوى على الخطوات المنهجية للبحث العلمي من حيث طرح الإشكالية ، صياغة الفرضيات، تحديد المفاهيم و المصطلحات، و كذا أهداف هذا البحث و أهميته و عرض الدراسات السابقة.

- *الفصل الثاني:* خُصّصَ ***للمهارات الاجتماعية*** من حيث التعريف بها و تصنيفها و كذا التنظير فيها.

- *الفصل الثالث:* تحت عنوان ***داء السكري***، مدرجين فيه إلى جانب التمهيد تاريخ داء السكري، تعريفه، أنواعه، أعراضه، العوامل المساعدة على ظهوره و كذا علاجه و وضعيته بالعالم بصورة عامة و بالجزائر بصورة خاصة.

- *الفصل الرابع:* و هو الفصل الخاص بموضوع ***تقبل المرض*** و الذي احتوى بدوره على ماهية تقبل المرض و كذا مراحل تقبله و العوامل المؤثرة على هذا التقبل، فضلا عن التنويه للطريق الأصح للتعامل و التعايش مع السكري.

- *أما الفصل الخامس:* فيندرج ضمن الجانب الميداني و يضمن ***منهج البحث و إجراءاته*** من حيث التعرف على المنهج المستخدم و العينة و أدوات البحث و كذا التعرف على إجراءات التطبيق الميداني الأوّلي و النهائي و المعالجة الإحصائية للبيانات.

- *و أخيرا الفصل السادس:* احتوى على ***عرض النتائج و مناقشتها*** في ضوء الفرضيات المطروحة، و كذا التوصيات و المقترحات المقدَمة.

و ينتهي هذا البحث بالخاتمة و قائمة المراجع و الملاحق .

****

الجانب النظري

الفصل الأوّل

الفصل الأوّل

الإطار المفاهيمي

- الإشكالية
- أسباب إختيار الموضوع
- أهمية البحث
- أهداف البحث

- الفرضيات

- المفاهيم الرئيسية للدراسة

- الدراسات السابقة

- الإشكالية:

يشهد العالم اليوم حوصلة من التغيرات على أصعدة شتى، منها التغيرات التي تكون نعمة على الفرد ومنها التي تكون نقمة، حيث يقع العالم في دوامة من الأمراض التي أصبحت شائعة في حاضرنا و تتفاوت من بلد لآخر حسب الظروف المحيطة بالمجتمع.

و نظرا لتغير أسلوب الحياة المستمر من جميع النواحي، الاجتماعية منها والاقتصادية و ظهور التصنيع و زيادة التحضر مع الأغذية المتنوعة التي ترافقها عادات غذائية سيئة لدى الفرد ، أدى إلى خلق مشاكل صحية عويصة، منها تفشي أمراض جديدة لم تكن مسجلة في قائمة الأمراض الخطيرة ، و هي أمراض العصر كأمراض القلب، السرطان ، السيدا و داء السكري ، حيث أصبح هذا الأخير يمثل أكبر مشكل صحي على الصعيد العالمي، و ذلك بالرغم من قلة الإحصاءات الخاصة به في بعض الدول كالجزائر مثلا، فهو من الأمراض المزمنة الوراثية الخطيرة التي لها عواقب وخيمة تمس بالفرد المصاب ، كما أنه يؤثر و يتأثر بالبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المصاب به، حيث يجد هذا المصاب نفسه أمام تحدي كبير لمواجهة هذا المرض، فهو جزء من نفسه و من

محيطه الاجتماعي، وعليه فلابد له من إدراك حقيقة العلاقة بين الظروف الاجتماعية الاقتصادية و الثقافة الصحية وبين صحته.

وهذا ما اهتم به علم نفس الصحة ، حيث سعى جاهدا إلى تقديم مجموعة من الإسهامات التربوية و العلمية و المهنية لعلم النفس من أجل تحسين الصحة و المحافظة عليها و منع الأمراض أو علاجها و تحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسبابها و الاضطرابات المتعلقة بها و تحليل و تنظيم نظم الرعاية الصحية .

فضلا على التنظير الذي بحث فيه العلماء في هذا المجال، حيث كان أحدها يفسره من منظور اجتماعي بحيث توصل إلى وجود علاقة حتمية بين سلوك الفرد الصحي و البيئة التي يعيش فيها و خصائص الفرد النفسية، كما أبرز حتمية الإلمام بالمهارات الإجتماعية اللازمة للقيام بهذا السلوك (السلوك الصحي).

و بذلك فهذا المجال من علم النفس يعترف بالمهارات الاجتماعية كآلية من آلياته من أجل فهم سلوك الفرد في إطار الصحة و المرض و الرعاية الصحية ، حيث يحاول بذلك الابتعاد عن النموذج البسيط للمرض والنظر إليه على أساس أنه نتيجة لاشتراك مجموعة من العوامل البيولوجية ، النفسية و الاجتماعية .

عموما فقد كانت البداية المبكرة للدراسات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية في العشرينيات من القرن الماضي، حيث بدأت محاولات علماء النفس في تعريف وقياس الذكاء الاجتماعي، باعتباره مفهوم متعدد الأبعاد يشتمل على مهارات التواصل الاجتماعية الأساسية مثل الإرسال و الاستقبال، فهم المعلومات، المشاركة الاجتماعية و التعبير اللفظي. (Riggio, 1989) .

و بالرغم من هذه البداية المبكرة ، إلا أن الاهتمام بدراسة المهارات الحركية قد أدى إلى تأخير البحث في مجال المهارات الاجتماعية ، حتى الستينات و السبعينات من القرن الماضي ، إلى أن بدأ***كروسمان*** **(Crossman, 1960)** في دراسة العلاقات الاجتماعية في المجال الصناعي ، ثم انشغل مع ***ميشيل أرجايل*** في دراسة المهارات الاجتماعية ، و المقارنة بينها و بين المهارات الحركية .

و بهذا اتسع البحث في مجال المهارات الاجتماعية و ذلك بتسليط الضوء أكثر على أهم الجوانب المكونة لسلوك الفرد ومدى ملاءمتها بالموقف الاجتماعي ، و كيفية تطبيع الفرد لسلوكه من أجل الحصول على التدعيم الاجتماعي من البيئة التي يعيش فيها بالشكل الذي يحقق له التوافق النفسي والاجتماعي. ***(معتز سيد عبد الله . 2000 ص253)***

و باتساع البحث في هذا المجال تعددت الدراسات المنادية بأهمية المهارات الاجتماعية، و أثرها الواضح في نجاح العلاقات الاجتماعية بين الفرد و الآخرين و إسهامها بدور إيجابي في تأكيد الصحة النفسية للفرد و توافقه الاجتماعي و في نجاحه في الحياة اليومية عموما و الحياة الأكاديمية والعلمية بصورة خاصة.

وعلى أساس ما تقدم ذكره وما حضيت به المهارات الاجتماعية من تعريفات متعددة لكونها مفهوم مرن و يدخل في جوانب عديدة و له دلالاته النظرية و تطبيقاته العلمية ، فضلا عن تعدد اهتمامات الباحثين به في مختلف أوجه التفاعل الاجتماعي من جانب الفرد ، حيث يركز البعض منهم على المهارات التو كيدية و البعض الآخر على مهارات التواصل غير اللفظي ، في حين يهتم آخرون بطبيعة العلاقات الاجتماعية فيما بين أفراد المجتمع و بإمكانيات قياسها .

بالإضافة إلى ما ينطوي ضمن هذا المفهوم (المهارات الاجتماعية) من مفاهيم سيكولوجية متعددة و جوانب نفسية أساسية مثل: الشخصية، الذكاء، اللغة، الإدراك، التقدير و الاتجاه و التفاعل السلوكي البيئي.... أوحي لنا بإجراء دراسة استطلاعية تسعى إلى معرفة مدى علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل المرض ، استناد إلى ما تناوله الباحثين عن هذا المفهوم كالباحث ***فيلبس 1970م*** الذي اعتبر المهارات الاجتماعية *سلوك تكيفي* يبرز

قدرة الفرد على التواصل مع الآخرين و تحقيق الأهداف و الالتزامات و الواجبات بدرجة مقبولة، دون إضرار بالآخرين ***(عبد اللطيف خليفة,2006).***

ومن خلال ما جلبه أيضا موضوع التوافق مع المرض و خاصة داء السكري، من اهتمام العديد من الباحثين في مجال سيكولوجية الصحة . وتعدد الدراسات و البحوث التي حاولت الكشف عن الاستراتجيات الموظفة لمواجهة الإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري مثلا ، الذي يعد مرضا مزمنا ذات مضاعفات خطيرة ، يبرز للوجود بطريقة مفاجئة. **(P.Bertagne&J.Quichaud , 1990).**

والذي شجعنا أكثر للقيام بهذا البحث ما يحتله داء السكري، كمرض مزمن من نطاق شاسع في جميع ميادين البحث ، حيث زاد الاهتمام به ، بسبب انتشاره المذهل في الآونة الأخيرة ، و ما يخلّفه من آثار على أصعدة شتّى ، نفسية ، اجتماعية و حتى اقتصادية ، حيث أكدت الدراسات أنه بلغ عدد المرضى بالسكري بالعالم في عام 1998م 150 مليون شخص و أكدت أنه سوف يتضاعف هذا العدد عام 2025م بحيث يندر وجود بلد لا يعاني منه .**(Le faxicule de la santé ,2006)**

فضلا عن الدراسات التي أكدت أن السكري كغيره من الأمراض المزمنة الأخرى التي تشكل مصدر ضغط كبير ينعكس على نمط حياة المصابين به ، و يؤثر على

معاشهم النفسي والسلوكي بحيث يتم توافقهم السيكولوجي مع المرض إلى حد كبير

بنوع الاستجابة التي يبديها الفرد في تعامله مع الضغط الناجم عنه.

(Folfman &Lazarus ,1984).

و بالتالي فإدراكنا لما يخلفه هذا المرض من آثار نفسية و اجتماعية تعيق سير الفرد بشكل عادي في حياته اليومية، الاجتماعية و حتى العملية، خاصة و إن لاق مثل هذا المرض رفضا من قبل المصاب به، هو الذي أحوجنا إلى معرفة ما إذا كانت المهارات الاجتماعية الرامية إلى تحقيق علاقة تكيفيه سليمة للفرد مع مجتمعه قادرة على جعله متقبلا لمرضه، لما قد يساهم به هذا القبول من التخفيف و لو النسبي من حدة الآثار النفسية و الاجتماعية الناجمة عن الإصابة بالمرض .

والجدير بالذكر أنه يدخل في المهارات الاجتماعية عدد كبير نسبيا من المهارات النوعية ، و لقد ارتأينا إلى الاكتفاء بمهارة تأكيد الذات ،و مهارة الضبط الاجتماعي، و مهارة التواصل الاجتماعي ، لما تحويه هذه المهارات من كفاءة اجتماعية تساهم في تحقيق نمط تكيفي اجتماعي .

والواقع أنه لم يكتف الباحثون في دراساتهم للمهارات الاجتماعية على فهمها و وصفها و الاهتمام بتطويرها و تنميتها ، بل تعدى ذلك إلى تناولها في ضوء متغيرات مختلفة، كمحاولة إبرازهم مثلا للفروق الجنسية في هذا المجال ، حيث كشفت دراسات عديدة عن وجود فروق بين الجنسين في مهارة تأكيد الذات، و هذا ما أكدته أيضا دراسة ***حمدي حسانين*** عام *2003*م ، بعد أن ثبّت التخصص، أن الذكور أعلى من الإناث في أبعاد المهارات الاجتماعية.

فضلا عن نتائج الدراسة التي قام بها ***رويل*** من خلال ***(عبد اللطيف خليفة,1997)*** التي أبرزت وجود فروق بين الذكور و الإناث في المهارات الاجتماعية عموما .

بالإضافة إلى الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية في ضوء متغير المستوى التعليمي ، حيث يمكننا الإشارة إلى دراسة ***وولفل Wolfle*** ، التي استهدفت الكشف عن العلاقة القائمة فيما بين القدرات العقلية العالية و بين الأداء الأكاديمي

و الاجتماعي، لدى المتفوقين عقليا ذوي التحصيل الأكاديمي المتدني، والتي توصلت إلى أنّ المتفوقين عقليا و المتدنين تحصيليا ، تنقصهم المهارات الاجتماعية بصورة واضحة. **(Wolfle ,1991)**

و بهذا زاد دافعنا إلى البحث أكثر في موضوع المهارات الاجتماعية و بالخصوص في علاقتها بتقبل داء السكري ، كدراسة إستطلاعية تحاول فهم حقيقة هذه العلاقة، و ذلك في ضوء أبعاد محددة كالجنس و المستوى التعليمي.

و بهذا يمكن استخلاص *التساؤل الرئيسي* الذي يحاول البحث الراهن الإجابة عليه كالتالي:

- *هل توجد علاقة دالة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري ؟*

و ينبثق من هذا التساؤل ، *أسئلة جزئية* هي كالتالي:

- *هل توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس؟*
- *هل توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي؟*

- أسباب إختيار الموضوع:

- قلة الدراسات أو تقريبا انعدامها، في مجال الربط بين البحث الاجتماعي النفسي للمهارات الاجتماعية و البحث الصحي الذي يعالج إستراتيجية تقبل المرض.

- تزايد نسبة المصابين بالأمراض المزمنة في الآونة الأخيرة ، و بالتالي تزايد ما يصاحبها من اضطرابات على صعيدي التكيف النفسي و الاجتماعي لهؤلاء الأشخاص المصابين.

- تزايد إهمال الأطباء للجانب النفسي للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة إلى جانب العلاج الدوائي و الكيماوي ، و بمثل هذا النوع من الدراسات نزيد التنويه لأهمية الجانب النفسي في سير عملية علاج هؤلاء المرضى.

- ***أهمية البحث:***

يؤكد إجراء هذا البحث أهمية شاسعة تغطي الميادين العلمية منها و التطبيقية وهذه بعضها:

**** الأهمية العلمية:***

- الحاجة الملحة إلى إجراء العديد من الدراسات، التي تستهدف الكشف عن الترابط و التواصل الحقيقي مع جميع فروع علم النفس.

- ما يمثله هذا البحث من أهمية بالنسبة للمرضى عموما، و للأشخاص المصابين بداء السكري بصورة خاصة، لكونه يواكب الاهتمام الراهن من جانب الباحثين في مجال المهارات الاجتماعية و الداعية أيضا إلى ضرورة التدريب عليها و تنميتها.

**** الأهمية التطبيقية:***

- ضرورة تسليط الضوء على أهمية المهارات الاجتماعية في الحياة اليومية والصحية للفرد، لما يختلجها من أنظمة تساهم في بناء سلوك تكيفي سليم .

- البحث عن الثغرات التي بإمكانها أن تعيق السير النفسي الاجتماعي للمرضى ومحاولة سدها ،من أجل تحقيق بناء نفسي و اجتماعي سليم لتلك الفئة. و جعلها تواكب القدر المستطاع من أنظمة الحياة .

- أهداف البحث:

في ضوء ما قدُّم فإن هذا البحث يهدف أساسا إلى الكشف عن وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري، كما يحاول تقصي إمكانية ثبات هذه العلاقة في ضوء متغيرات البحث(الجنس و المستوى التعليمي).

و من خلال ما يتم التوصل إليه من نتائج في هذا البحث يمكن تصور طبيعة الإجراءات التي يجب أن تتخذ في مواقف رعاية الأشخاص، وذلك بمحاولة تنمية المهارات الاجتماعية الأساسية التي بدورها تساهم في تحقيق نظام تكيفي سليم لجميع المواقف الاجتماعية.

- فرضيات البحث:

من خلال التساؤلات المطروحة سابقا يمكننا صياغة فرضيات البحث على الشكل التالي :

** الفرضية الرئيسية للبحث :*

- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري.

** الفرضيات الجزئية :*

- *توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس.*
- *توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي.*

- المفاهيم الرئيسة للدراسة :

- المهارات الاجتماعية:

هناك تعريفات متعددة للمهارات الاجتماعية ، ومنها ما يلي :

- " أنماط من السلوك الاجتماعي التي تجعل الأفراد ذوي كفاءة من الناحية الاجتماعية، أي يكونوا قادرين على إحداث التأثير المرغوب في الآخرين ". **(Argyle,1983)**.

- "السلوكات الإيجابية بين الأشخاص، و التي تؤدي إلى نتائج إيجابية مرغوب فيها. **(Young & West , 1984)**".

- " الأنواع من السلوك التي تعتبر أساسية لصور التواصل المؤثر وجها لوجه بين الأفراد."**(McGuire & Priestley , 1981)**

و تقاس المهارات الإجتماعية إجرائيا(المهارات الإجتماعية موضوع البحث) بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس المهارات الاجتماعية.

و في ما يتعلق بالمهارات الاجتماعية موضع البحث، فقد اقتصرنا على المهارات التالية :

**** مهارة تأكيد الذات:***

- عرّف ***لازاروس*** **Lazarus** تأكيد الذات ***(من خلال : معتز عبد الله و عبد اللطيف خليفة ،2001 ص658)*** بأنه: " كل أشكال التعبير الانفعالي المقبولة اجتماعيا عن الحقوق و المشاعر، و يشمل ذلك التعبير عن الغضب و الضيق (الانزعاج) أو التبرم، و المشاعر الإيجابية كالإعجاب و الحب والفرح ".

- و يعرفه كذلك ***لانج*** **Lang** و ***جاكوبوسكي*** **Jakobowski** بأنه :" الدفاع عن الحقوق الخاصة و التعبير عن الأفكار و المعتقدات و المشاعر على نحو صريح و مباشر، و بطريقة مناسبة لا يترتب عليها أي أذى للآخرين أو لا تؤدي إلى إنتهاك حقوقهم." ***(طريف شوقي,1988 ص23-24)***

إذن فمهارة تأكيد الذات تعني قدرة الفرد على التعبير عن آرائه ، سواء اتفقت أم اختلفت مع آراء الآخرين ، و إفصاحه عن مشاعره الإيجابية أو السلبية إتجاه الآخرين، و مقاومة محاولاتهم الرامية إلى لتوريطه أو الضغط عليه للرضوخ لمطالب لا يقبلها لعدم معقوليتها، و الدفاع عن حقوقه ضد من يحاول انتهاكها، وعدم انتهاك حقوق الآخرين. .(**Galassi, et al.,1981***)*

**** مهارة الضبط الاجتماعي:***

- يعرف ***ريجيو Riggio*** الضبط الاجتماعي على أنه: " مهارة لعب الدور وحضور الذات اجتماعيا La présentation du soi social. و يتسم الأشخاص المرتفعين في الضبط الاجتماعي بالثقة في النفس، و القيام بأدوار اجتماعية عديدة ، و التكيف مع المواقف الاجتماعية، و القدرة على تحديد اتجاه و مضمون التخاطب أثناء التفاعل الاجتماعي.***" (عبد اللطيف خليفة، 2006 ص17)***.

**** مهارة التواصل الاجتماعي :***

- مصطلح التواصل الاجتماعي، هو مصطلح نفسي/اجتماعي أصلا، و يقصد به عموما بأنه:

" العملية التي يتم بمقتضاها تبادل الأفكار و المعلومات بين الأفراد و الجماعات و بعضهما البعض، و يشترط فيها توافر عناصر التواصل الممكنة : المرسل، المستقبل، و مضمون الرسالة، و الوسيط الحامل لهذا المضمون ، و قد يكون هذا التواصل لفظيا، أو غير لفظي، أو الاثنين معا."

(بتروفسكي , و ياروفسكي , 1999).

- و يعرّف كذلك على أنه: " عملية إستقبال و إرسال معلومات و إشارات ، أو رسائل من خلال الحركات و التصرفات ، أو الكلمات و الرموز ، حيث يتم التعبير عن الأفكار ، أو المشاعر بهدف نقل معنى للآخرين . و هي تشتمل على صور شديدة التنوع من الكلام و الكتابة و العلامات و الإشارات، و تعبيرات الوجه أو التعبير من خلال حركات الجسم أو الأساليب الفنية في التعبير بالتصوير و الموسيقى" ***(عبد الحليم محمود و آخرون، 1991).***

- إذن فالتواصل الاجتماعي مهارة تدخل في إطار ما يعرف باسم " السلوك الاجتماعي الايجابي"، و الذي يهتم بتكريس الرعاية للآخرين ، و الحرص عليهم ، مما يحقق أفضل صور التفاعل في مختلف المواقف الاجتماعية ، و لذلك تنطوي هذه المهارة على عدد من المهارات النوعية ، أهمها ما يلي:

* المبادرة لتكوين علاقات جديدة.

* السعي لتوثيق العلاقة مع الآخرين.

* التعامل مع المشاعر الإنسانية.

* كف الإتجاهات العدائية من جانب الآخرين.

* التعامل مع الضغوط المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية.

* التخطيط و اتخاد القرار فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية.

(Goldstein & McGinnis,1997)

- داء السكري:

تعرفه المنظمة العالمية للصحة OMS بأنه حالات اللإفراط السكري و يعني زيادة معدل الغلوكوز في الدم، وهذا الداء من الأمراض المزمنة و الوراثية و التي تتوقف على عوامل وراثية و هو الأكثر شيوعا. **(Pacaud.G,1995 ;12)**

و يعرفه أيضا **Jean STERNE** بأنه مصطلح يوصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي تكون لها إضطرابات أيضية موحّدة من أصل وراثي أو هرموني . أين تتحدد طبيعة هذه الأمراض من خلال الوصف الذي يلي كلمة السكري.

(Garnier&Delamare,2003;226)

و تتأكد إصابة الفرد بالسكري من خلال ظهور أعراض السكري المعروفة و كذا من خلال نتائج التحاليل الطبية .

- ***تقبل داء السكري:***

إن تقبل داء السكري يمثّل إستجابة نفسية ، معرفية و سلوكية أيضا ، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة ، و التي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتماشى و حياته الخاصة، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية و الاجتماعية وغيرها.. **(Amar.L,2005 ;01)**

و يقاس تقبل داء السكري إجرائيا من خلال الدرجة التي يحصل عليها الفرد المصاب بالسكري في مقياس تقبل داء السكري

- الدراسات السابقة:

تمهيد:

يزخر مجال المهارات الإجتماعية عموما بالعديد من الدراسات العلمية من جانب عدد كبير من الباحثين، بحيث يمكن تصنيفها في فئتين رئيستين:

الأولى: *هي فئة الدراسات الإرتباطية أو الفارقة، استكشافية كانت أو تقويمية أو تشخيصية.*

الثانية: *هي فئة الدراسات التجريبية و شبه التجريبية.*

و لكن فيما يخص بحثنا الحالي يندر وجود دراسات سابقة اهتمت بالمهارات الاجتماعية في سياق المرض العضوي ، أو دراسات تناولت موضوع تقبل داء السكري مرتبطا بمتغيرات البحث محور الدراسة، و ذلك على حسب علم الباحثة. و لذلك أُدرج هذا البحث ضمن الدراسات الإستطلاعية ، حيث يحاول البحث الحالي معرفة ما طبيعة العلاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغيري الجنس و المستوى التعليمي.

و لكن هذا لا يمنع من عرض بعض الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية وعلاقتها بمتغيرات البحث الراهن، حيث نقتصر في عرضنا على بعض دراسات الفئة الأولى، لاتفاقها مع طبيعة البحث الحالي.

و الواقع أنه فيما يتعلق بهذه النوعية من الدراسات (دراسات المهارات)، فإن التراث العلمي في الثقافات الغربية بالغ الكثافة و التنوع مقارنة بالوضع في الثقافة العربية، والذي يتسم بالقلة النسبية، إن لم يكن بالضآلة أو الندرة.

و تنقسم الدراسات السابقة في هذا الشأن على النحو التالي:

1- الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية و علاقتها بمتغير الجنس :

يعد الفرق بين الذكور والإناث في المهارات الاجتماعية إحدى المشكلات التي يواجهها الباحث في هذا المجال، حيث يواجه بيانات متناقضة وغير متسقة ، حيث لا تزال نتائج البحوث إلى يومنا هذا غير متسقة حول الفروق بين الذكور والإناث في المهارات الاجتماعية . ولا يزال المجال في حاجة إلى بحوث أكثر حتى يمكن صياغة إطار نظري متكامل في هذا المجال.

و من خلال استقرائنا لتراث الدراسات السابقة التي تمت في هذا الشأن أمكننا عرض الدراسات التالية:

أجري ***ديفيد David*** (من خلال ***376***: ***1983***,**Dosseretal**) دراسة عن الفروق بين الجنسين في مهارة تأكيد الذات. واشتملت عينة الدراسة على 42 أنثى و 189 ذكر، وطبق مقياس "***بلاسي ويك*** **Scale of Balswick**" وكشفت نتائج هذه الدارسة عن أن الإناث أقل تعبيرا وتأكيدا وإظهار الذات من الذكور.

وكشفت نتائج الدراسة التي قام بها ***حمدي حسن حسانين*** على 412 طالبا وطالبة بالنسبة النهائية بكلية التربية بالمنيا، بواقع (144 ذكرا ، 126 أنثى) من قسم اللغة الانجليزية و(74ذكر، 68 إناث) من قسم الطبيعة. حيث استخدم الباحث مقياس المهارات الاجتماعية من إعداده ، وتبين عند تثبيت التخصص لمعرفة أثر الجنس أن الذكور أعلى من الإناث في أبعاد المهارات الاجتماعية ***(حمدي حسن حسانين، 1990).***

كما كشفت نتائج الدارسة التي قامت بها ***معصومة إبراهيم*** على 226 طفل باستخدام "*مقياس كوهم للمهارات الاجتماعية إعداد مارتن كوهم 1988*" أن الإناث أفضل في اكتشاف المهارات الاجتماعية .***(معصومة إبراهيم، 1995).***

وكشفت نتائج الدراسة التي قام بها***وريل* Worell**(من خلال: ***عبد الطيف خليفة، 1997***). عن وجود فروق بين الذكور والإناث في المهارات الاجتماعية ، فقد تبين أن الإناث أكثر ميلا للارتفاع في كل من مهارات الإرسال والاستقبال بالمقارنة بالذكور. كما أنهن أكثر ميلا للحكم بدقة على هاديات التعبير غير اللفظي، وإدراك الملامح الوجهية ، والتناسق أو التناغم بين الرسائل اللفظية وغير اللفظية.

وكشفت نتائج الدراسة التي قام بها***رجيو R.Riggio*** (من خلال: ***عبد اللطيف خليفة، 1997***) عن وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في المهارات الاجتماعية، فقد تبين أن الإناث أعلى من الذكور في أربع مهارات هي : التعبير الانفعالي، التعبير الاجتماعي، الحساسية الانفعالية والحساسية الاجتماعية ، في حين حصل الذكور على درجات أعلى من الإناث في الضبط الانفعالي.

وكشفت نتائج الدراسة التي قام بها ***السيد السمادوني*** على عينة من طلبة وطالبات الجامعة عن وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في المهارات

الاجتماعية. وأوضحت نتائجها تفوق الذكور على الإناث في ثلاث مهارات هي : التعبير الاجتماعي،الضبط الانفعالي والضبط الاجتماعي ،كما حصلت الإناث على درجات أعلى من الذكور في ثلاث مهارات هي: التعبير الانفعالي ،الحساسية الانفعالية والحساسية الاجتماعية. ***(نهى يوسف اللحامة،2003)***

وكشفت نتائج الدراسة التي قام بها ***الين Allen*** (من خلال: ***طريف شوقي، 1998***) عن وجود فروق بين الجنسين في تأكيد الذات، حيث توصل الباحث إلى أن الذكور أكثر تعبيرا عن الانفعالات والمشاعر، في حين أن الإناث كنّ أكثر تعبيرا من الذكور في متغير الغضب.

كما أجرت ***نهي اللحامة*** دراسة عن المهارات الاجتماعية المدرسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقليا والعاديين. وشملت الدراسة 100 طفل وطفلة من الأطفال العاديين(50 ذكورو 50 إناث)، بلغ متوسط أعمارهم 10.9 سنة . و قد تم استخدام في هذه الدراسة "*مقياس المهارات الاجتماعية*

*المدرسية إعداد **لورا براون lorra brown** وآخرون* (***1984***)" . وكشفت نتائج الدراسة هذه عن أن الإناث أعلى من الذكور في العلاقة بالزملاء والالتزام باللوائح المدرسية، وأكثر نظاما داخل الفصل، و بالتالي فهنّ أكثر تفوقا في المهارات الاجتماعية المدرسية. ***(نهي يوسف اللحامة، 2003).***

في حين أجرى ***عبد المنعم حسيب*** دراسة عن المهارات الاجتماعية وفعالية الذات لطلاب الجامعة المتفوقين، العاديين والمتأخرين دراسيا. وشملت الدراسة 188 طالبا وطالبة من الفرقتين الأولى والرابعة بكلية التربية. واستخدم "اختبارا للمهارات الاجتماعية***لرونالد ريجيو R.Riggio*** *وتعريب "محمد السيد عبد الرحمن"* *واختبار الفعالية العامة للذات إعداد **روبرت تبتون وورثنجتون** وتعريب "محمد السيد عبد الرحمان".*

وقد تبين من خلال هذه الدراسة وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة بين الفعالية العامة للذات وأبعاد اختبار المهارات الاجتماعية باستثناء بُعد الحساسية الاجتماعية ، وتبين أيضا وجود فروق بين المتفوقين والعاديين والمتأخرين في أبعاد التغيير الاجتماعي والحساسية الاجتماعية والضبط الاجتماعي والفروق في اتجاه المتفوقين. بينما لم توجد فروق بين الثلاث مجموعات في أبعاد التعبير والحساسية الضبط الانفعالي. كما وجدت فروق دالة بين الثلاث مجموعات في الفعالية العامة للذات في اتجاه المتفوقين، ولم توجد فروق بين الجنسين في المهارات الاجتماعية. ***(عبد المنعم حسيب، 2001).***

كما أجري ***محمد الحسانين*** دراسة على عينة مكونة من 220 طالبا وطالبة من طلاب كلية الآداب – جامعة طنطا (بواقع 108 من الذكور و112من الإناث) جميعهم من طلاب السنة الثانية، وتم تطبيق *"اختبار المهارات الإجتماعية من إعتداد* ***محمد السيد عبد الرحمن"***. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في المقاييس الفرعية للمهارات الاجتماعية، فيما عدا مقياس فرعي واحد هو الحساسية الاجتماعية ، حيث تفوقت الإناث على الذكور في هذه المهارة. وتم تفسير هذه الفروق في ضوء اختلاف أساليب وعمليات التنشئة الاجتماعية و معايير السلوك بالنسبة لكل من الذكور و الإناث. ***(محمد الحسانين، 2003)***

2 - الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية و علاقتها بمتغير المستوى التعليمي:

يمكننا في هذا المجال عرض مجموعة من الدراسات التي تبرز علاقة المهارات الاجتماعية بالمستوى التعليمي، الذي عادة ما يميّزه التفوق و التحصيل الأكاديمي.

أكدّ ***محمد الخالدي (1975)*** في دراسته التي استهدفت الكشف عن العلاقة بين التفوق و بعض جوانب التوافق الشخصي و الاجتماعي لدى تلاميذ المدارس، و التي استخدم فيها عينة مكوّنة من ألف (1000) تلميذ من مرحلة الإعدادية بالعراق، أن التفوق العقلي يرتبط إرتباطاً موجباً بمختلف جوانب التوافق الشخصي و الإجتماعي، و التي تشمل : الإعتماد على النفس ، الشعور بالقيمة الذاتية ، الشعور بالانتماء و التوافق الشخصي، الإعتراف بالمسؤوليات الاجتماعية و اكتساب المهارات الاجتماعية و التحرر من الميول المضادة للمجتمع ، و العلاقات في الأسرة و المدرسة ، والبيئة المحلية ، والتوافق الاجتماعي و التوافق العام.

كما كشفت دراسة***لوم*** **Lum** التي أجريت على عينة من الموهوبين و غير الموهوبين، و التي استهدفت تقدير مدى التكيف النفسي والاجتماعي لهؤلاء من خلال التركيز على الأبعاد الخمسة التالية: السلوك الاجتماعي ، التكيف العائلي، الأداء العاطفي(خصائص الشخصية و القلق و الاكتئاب)،الأداء الاجتماعي(العلاقات الاجتماعية فيما بين الأفراد و المهارات الاجتماعية) ، و الكفاءة الاجتماعية (مفهوم الذات و تقدير الذات و ضبط الذات).

وقد أمكن استخلاص النتائج التالية:

- لا فرق بين الموهوبين ، و أقرانهم غير الموهوبين، فيما يتصل بجوانب الشخصية ، الاكتئاب و القلق.
- يتميز المتفوقين بمهارات إجتماعية عالية ، و لكنهم دائما عرضة للوقوع في مشكلات فيما يتصل بعلاقاتهم مع الأقران.
- أن المتفوقين أقل شعورا بالإنتماء إلى مجموعة لأقران ، حيث يرغب معظمهم في القيام بأدوار قيادية. **(Lum.m ;1988).**

و كشفت أيضا دراسة***ولفل*** ***Wolfle*** عام 1991، التي استهدفت محاولة اكتشاف حدود الفجوة القائمة ، فيما بين القدرات العقلية العالية و بين الأداء الأكاديمي و الاجتماعي، لدى المتفوقين عقليا من طلاب الثانوي ، ذوي التحصيل الأكاديمي المتدني، إلى أنّ المتفوقين عقليا و المتدنين تحصيليا ، تنقصهم المهارات الاجتماعية

بصورة واضحة، و ينقصهم التشجيع و المساندة الاجتماعية من جانب الآباء و المعلمين، و التي يعتبرونها ضرورية لتحقيق المستوى من النجاح الأكاديمي المتناسب مع تفوقهم العقلي.

كما استهدفت دراسة أخرى، اكتشاف العلاقة بين الموهبة و التكيف النفسي و الاجتماعي ، من خلال المقارنة بين مجموعتين من طلاب و طالبات الثانوي، المتفوقين عقليا (ن= 134)، و غير المتفوقين (ن= 134)، في متغيرات: تقدير الذات،العزلة الاجتماعية ، الإحساس بالنبذ، القلق و الضبط الذاتي.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية : * أن المتفوقين الذكور بوجه خاص كانوا أكثر تكيفاً نفسياً و اجتماعياً بمؤشر درجاتهم في كل المتغيرات السابقة، و كان ذلك مربوطا بنجاحهم الأكاديمي.

* أن المتفوقات كنّ أقل تكيفاً نفسياً واجتماعاً من الذكور، و كانت لديهن قابلية عالية للتعرض لأزمات تقدير الذات،العزلة الاجتماعية ، القلق، و الضبط الذاتي.
(Kwan,p ;1992)

أما الدراسة التي قام بها ***ميريل و جيل Merrell & gill*** عام 1994م، و التي هدفت إلى مقارنة السلوك الاجتماعي فيما بين الطلاب المتفوقين و غير المتفوقين، حيث تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من طلاب المرحلة المتوسطة:الأولى تضم 81 طالبا متفوقا، و المجموعة الثانية تضم 81 طالبا غير متفوق، مماثلين لطلاب المجموعة الأولى في السن.و قد تم تقدير السلوك الاجتماعي لكل فرد في المجموعتين ،إعتمادا على "*مقاييس السلوك الاجتماعي في المدرسة*" ، من إعداد ***ميريل Merrel***عام 1993م ، حيث تمّ في ضوء ذلك تقدير البعدين التاليين:
* الكفاءة الاجتماعية.
* السلوك المضاد للمجتمع.

فقد توصلت إلى أن المتفوقين عموما يتميزون بمستويات عالية من الكفاءة الاجتماعية، و مستويات دنيا من السلوك المضاد للمجتمع، بالمقارنة بغير المتفوقين، و أنهم أكثر تكيفا في الجوانب الاجتماعية و السلوكية من غير المتفوقين،وإن تكن هناك نسبة صغيرة من المتفوقين، أقل من زملائهم في الكفاءة الاجتماعية، و لديهم معدل أعلى في المشكلات السلوكية.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد إستعراضنا للدراسات السابقة نستخلص ما يلي:

- إن هذه الدراسات لها أهميتها النظرية للباحثين، سواء فيما يتصل بالفروق بين الجنسين في المهارات الإجتماعية أو بعلاقة المهارات ذاتها بالتفوق أو المستوى التعليمي عموما، لما أضافته من معلومات جديدة، و من نتائج كاشفة في هذا المجال.

- إن الإختلاف بين نتائج الدراسات السابقة حول قضية علاقة المهارات الاجتماعية بمتغيري البحث (الجنس و المستوى التعليمي) يرجع إلى إختلاف العينات التي أجريت عليها هذه الدراسات حيث اهتم بعضها بدراسة الأطفال، في حين اهتم البعض الآخر بدراسة عينات من الراشدين. و هناك أيضا إلى جانب هاذين العاملين عامل ثالث يتمثل في تباين أساليب و طرق القياس المستخدمة فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية.

- تؤكد هذه الدراسات أهمية المهارات الاجتماعية، بوصفها مهارات حياتية ضرورية. و لذلك من الضروري التدريب عليها لما تمثله من ركن أساسي في معظم مجالات الحياة، كإدراجها في التدخل العلاجي مثلا من أجل تعليم الأفراد ماذا يقولون و يفعلون أثناء تفاعلهم مع الآخرين، بمعنى آخر تعليم الأفراد سلوكات جديدة تمكنهم من التفاعل بكفاءة مع الآخرين، و التغلب على الخجل، و القلق في المواقف الاجتماعية و كذلك مساعدة هؤلاء الأفراد على تقويم أدائهم الاجتماعي.

- و تشير الطالبة الباحثة إلى عدم توفر دراسات سابقة تناولت متغيرات البحث الحالي بشكل مباشر لاسيما علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل داء السكري.

****

الفصل الثانــي

المهارات الإجتماعية

- تمهيد

1- تطوّر الإهتمام العلمي بالمهارات الإجتماعية.

2- علاقة المهارات الاجتماعية بعلم نفس الصحة.

3- تعريف المهارات الإجتماعية.

4- المهارات الإجتماعية النوعية.

5- تصنيف المهارات الإجتماعية.

6- نماذج نظرية للمهارات الإجتماعية.

7- التعليق على النماذج النظرية.

- الخلاصة.

سنتعرض في هذا الفصل النظري المهارات الاجتماعية بصورة أدق و من مختلف جوانبها، سواء من حيث تطور الاهتمام بها أو تعريفاتها، أو من حيث أنواعها كما

صنّفها الباحثون، كما سوف نتطرق إلى ما توصل إليه الباحثون من تأصيل لأبعادها في صور نماذج نظرية.

تمهيد:

يعتمد نجاح الفرد في مواقف حياته المختلفة على مجموعة من المهارات تختلف باختلاف موقف التفاعل الاجتماعي ، و كذا باختلاف أهدافه و الاستراتجيات التي يتم من خلالها تحقيق هذه الأهداف .

ويوضح ذلك ما توصل إليه***بورز*** **K.Bowers** من خلال تحليله لأحدى عشرة دراسة أوضحت أن 13% من الاختلاف يرجع للشخص، و 10% منه يتعلق بالموقف في حين 21 % يرجع إلى تفاعل الشخص مع الموقف.(***عبد اللطيف خليفة،2006 ص05***).

و هذا دليل على أهمية التفاعل القائم بين الشخص و الموقف بحيث يتأثر هذا التفاعل بالدرجة الأولى بالموقف الاجتماعي وبشخصية الفرد. بالتالي فسلوك الفرد الاجتماعي ينمو بنمو علاقته بالموقف و ما يكتسبه منه من مهارات تساعده على أن يكون فعالا في مختلف المواقف الاجتماعية التي يتفاعل معها (***محمد الحسانين . 2003***)، بحيث تعد المهارات بهذا الوصف أحد العوامل المهمة لنجاح تفاعل الفرد مع المجتمع و قدرته على المحافظة على إستقرار هذا التفاعل.***(أسامة أبو سريع،1986 ص24***).

فضلا عن كون هذه المهارات تتحدد في ضوء جوانب معينة من سلوك الفرد وخصاله في إطار ملاءمتها للموقف الاجتماعي ، فإن الفرد يهدف من خلال سلوكه المحاكي للمهارات المكتسبة الحصول على التدعيم الاجتماعي من البيئة التي يعيش فيها بالشكل الذي يحقق له التوافق النفسي و الاجتماعي ***.(معتز عبد الله،2000 ص 253)***

في ضوء ما سبق إكتسب موضوع العلاقات بين الأشخاص بوجه عام و العلاقات القائمة على أساس الموقف الاجتماعي و ما يصاحبها من مهارات اجتماعية بوجه خاص

خصائص مميزة، جعلت منه فرع غير تقليدي في البحوث الراهنة، حيث جلب اهتمام العديد من الباحثين.(*أسامة أبو سريع،1993ص73*).

1- تطوّر الاهتمام العلمي بالمهارات الاجتماعية:

لاق البحث في مجال المهارات الاجتماعية إهتماما واسعا من قبل العديد من الباحثين و التربويين وفي جميع الميادين، لما يمثله من أهمية تغطي جميع نواحي الحياة لدى الفرد.

ففي السابق ركّز الباحثون إهتمامهم على الوظائف و العمليات المعرفية على حساب الجانب الاجتماعي ، على الرغم مما يمثله هذا الجانب من أهمية قصوى لدى الفرد ، ثم استدرك الباحثون البحث في مجال المهارات و لكن الحركية منها و هذا ما أدى إلى تأخر البحث في المهارات الاجتماعية ، إلى أن بدأ***كروسمان*** **Crossman,** عام 1960 بدراسة العلاقات الاجتماعية في المجال الصناعي ، ثم انشغل هو و ***مشيل أرجاييل*** بدراسة المهارات الاجتماعية و المقارنة بينها و بين المهارات الحركية ، حيث نشر ***أرجاييل و كندون*** (**Argyle & Kendon, 1967**) دراستهما عن المهارات الاجتماعية في علاقتها بمظاهر المهارات الحركية. و في نفس العام نشر ***فيتس وبوزونر*** **Fitts,P& Pozoner** دراستهما عن أهمية المهارات الفنية ، و هكذا توالت البحوث في هذا المجال .

أما عن جذور الاهتمام الاجتماعي بالمهارات الاجتماعية فقد بدأت الجذور المبكرة لها بدراسة السلوك الاجتماعي و الإطار الاجتماعي معا ، و نتيجة لهذا الاهتمام إزدهر البحث في ميدان علم النفس الاجتماعي و الشخصية وقد اكتسب هذا الاتجاه قوته من خلال الإشارات المتكررة في التاريخ و التراث و التي أكدت وجود علاقة بين سوء التوافق الاجتماعي و الاضطرابات النفسية و العقلية ، و غيرها من الإشارات التي زادت الوعي بالاهتمام بدلائل التفاعل الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية التي يمكن أن تكون السبب في ظهور إضطرابات نفسية بوصفها عوامل مهيأة و مترسبة .

(أسامة أبو سريع، 1986ص24)

و هكذا زاد الوعي و الاهتمام بدراسة موضوع المهارات الاجتماعية باعتبارها تمثل مع القدرات العقلية جناحي الكفاءة و الفعالية في مواقف الحياة و التفاعلات اليومية للفرد مع المحيطين به ، و تفسر أيضا ذلك الإخفاق الذي يعانيه البعض في تلك المواقف. (*طريف شوقي، 1989).*

و لازال مجال المهارات الاجتماعية يسابق زمنَ البحث لكي يتصدّر جميع مجالات الاهتمام لدى الباحثين ، حيث أصبح الآن موضوع مهما في علم النفس الاجتماعي ، كما عَني الباحثون و التربويون بتطوير و تنمية المهارات الاجتماعية عن طريق إدخال البرامج التنموية في المناهج الدراسية بالمدارس و الجامعات ، و التي يمكن من خلالها تعلّم و اكتساب مختلف المهارات الاجتماعية . (**Mc Evoy ,et al.,1992 (See;**

2- علاقة المهارات الاجتماعية بعلم نفس الصحة:

نحن نعلم أن علم النفس هو الدراسة العلمية لسلوك الكائنات الحية (بما في ذلك الإنسان) بهدف التوصل إلى فهم هذا *السلوك* و تفسيره، و إلى التنبؤ به و التحكم فيه أو ضبطه بناء على فهمه فهما علميا.

و بهذا يتضح لنا هدف علم نفس الصحة حيث أنه يُعنى بفهم *سلوك الإنسان* في إطار الصحة و المرض و الرعاية الصحية، و يدرس العوامل النفسية التي تحدد كيف يبقى الناس أصحاء و آخرون منهم يصبحوا مرضى و كيف يستجيبون للمرض و للعلاج.

كما أنه يهتم بدراسة مجالات عدّة و من بينها دراسة التفاعل القائم بين الشخص و بيئته الذي يمكنه أن يؤثر على المرض(سهولة التأثر بالمرض مثلا، حدته، التكيف معه و تقبله، و كذا علاجه).

و بهذا نلاحظ أن لعلم نفس الصحة علاقة واضحة بعلم النفس الإجتماعي الذي يسعى جاهدا إلى دراسة خبرة الأفراد و سلوكاتهم، و ذلك من حيث الإهتمام بعلاقة هذه الخبرة و هذا السلوك بالمواقف الإجتماعية المنبهة. ***(زين العابدين درويش، 2005 ص03).***

فضلا عن أن علم نفس الصحة يستند أيضا في تفسيره لإحدى نماذجه على علم النفس الإجتماعي ، حيث يسعى بذلك إلى التوصل إلى فهم دور الجانب النفسو إجتماعي في مجال الصحة ، فعلى سبيل المثال فهو يحاول فهم :

- كيف يمكن أن يكون سلوك الفرد دافع له للحفاظ على صحته و الوقاية من المرض.
- كيف يساهم التفاعل الإجتماعي الناجح في تقبل المرض و السعي إلى العلاج و تفادي المضاعفات.
- كيف يمكن للإدراك أن يساعد الفرد في تكوين إنطباعات عن المرض و الصحة، و كذا تقويمه و الحكم على سلوكه بما يتناسب وصحته... و غيرها من الإهتمامات.

و بما أن المهارات الإجتماعية تحتل حيز واسع من علم النفس الإجتماعي، حيث أنّها و بمختلف أنواعها(المهارات الإجتماعية النوعية المتعددة) تساهم في تطور عملية التعزيز الإيجابي للأفراد و تساهم أيضا في إكساب الفرد مجموعة السلوكات الضرورية من أجل الأداء الكفء لأية مهمة و في كل موقف محدد، بما في ذلك من مهام تتعلق بحالته الصحة، حيث يتم ذلك بطرق خاصة، مقبولة إجتماعيا و ذات قيمة، و في نفس الوقت لها فائدتها الإجتماعية.

فإنّه يتضح لنا أهمية دراسة المهارات الإجتماعية في سياق علم نفس الصحة، لما تحويه المهارات الاجتماعية من أسس تساعد الفرد في بناء نمط حياتي يتكيّف و جميع المتغيرات الحياتية المتعلقة بالحالة الصحية للفرد.

و فيما يلي سوف يتم التطرق للمهارات الإجتماعية بشكل واضح و شامل.

3- تعريف المهارات الاجتماعية :

3-1- مشكلة تعريف المهارات الاجتماعية:

طالما واجهت عملية تعريف المهارات الاجتماعية مشكلة أثارت جدلا جديرا بالاهتمام، و يرجع هذا الجدل فيما يبدو إلى عدم الاتفاق على مفهوم واحد للمهارات الاجتماعية يمكن الاعتماد عليه أو قبوله بصورة شاملة و واضحة ،و ذلك لكونه مفهوم مرن ، ويدخل في جوانب عديدة ،و له دلالاته النظرية و تطبيقاته العلمية.

و يرى العديد من الباحثين و على رأسهم ***دودج(1985 , Dodge***) بأن جزءا من مشكلة التعريف هذه ترجع غالبا إلى تعدد إهتمامات الباحثين في مختلف أوجه التفاعل الاجتماعي من جانب الفرد،حيث يركز البعض منهم على المهارات التوكيدية ،والبعض الآخر على مهارات التواصل غير اللفظي، في حين يهتم آخرون بطبيعة العلاقات الاجتماعية فيما بين أفراد المجتمع، بإمكانيات قياسها، بالقدرات المعرفية وإدراك الذات.

فضلا عن تناول الباحثون لمفهوم المهارات الاجتماعية تحت عناوين و مسميات مختلفة مثل مهارات التخاطب، و مهارات العاقات بين الأشخاص، و مهارات الأداء.
(عبد اللطيف خليفة,1997)،مما أدى إلى تضارب نواحي و مجالات تناوله من قبلهم.

كذلك تكمن صعوبة التعريف ، في أن مفهوم المهارات الاجتماعية مفهوم بسيط ، و مع ذلك يقوم بشكل كبير على عدد من المفاهيم السيكولوجية، و الجوانب النفسية الأساسية، مثل الشخصية، الذكاء، اللغة ،الإدراك، التقدير،الاتجاه، و التفاعل السلوكي البيئي، و هذا التنوع هو ما أثار تعقد الموقف بالنسبة لتعريف المهارات الاجتماعية.

و بهذا يتضح أن ما زاد من تعقد مشكلة التعريف ، إتساع اهتمامات الباحثين
و اشتمالها على مجموعة واسعة جدّا من المجالات و الأنظمة مثل : التعليم، علم النفس، الطب النفسي، و التعليم الخاص و حتى التمريض ... إلخ. حيث لكل مجال منظوره الخاص في تحديد و تفسير المهارات الاجتماعية ، مما أدى إلى تعدد المسميات كما سبق و إن ذُكر: كمهارات العلاقات الشخصية و مهارات السلوك الاجتماعي و المهارات التوكيدية و مهارات الكفاءة الاجتماعية و غيرها...

و باطلاعنا على مشكلة تعريف المهارات الاجتماعية و سبب تعدد تسمياتها و تعريفاتها، سوف نقوم بعرض البعض منها فيما يلي.

3-2-بعض تعريفات المهارات الاجتماعية :

هناك تعريفات متعددة للمهارات الاجتماعية كما سبق و إن ذُكر، و هذا لا يمنع للتطرق لبعضها.

ففي البداية يمكننا الإشارة إلى تعريف ***أرجيل*** الذي اعتبر المهارات الاجتماعية أحد الجوانب النفسية الاجتماعية المهمة في الفرد ، حيث اعتبرها إطار سلوك الفرد الاجتماعي، بحيث تكوّن لديه القدرة على التفاعل الكفء و إقامة علاقات مع الآخرين تؤهله لتحقيق الكفاءة الاجتماعية ، و التي تتضمن كفاءة الفرد في التعامل مع الآخرين،و إقامة علاقات إيجابية معهم ، وإحداث صور التأثير المرغوبة فيهم، و القدرة على تحقيق الأهداف في إطار التفاعل الاجتماعي . ***(Argyle,1983).***

كما تعرفها***كيلي*** (**Kelly ,1982**) بأنها سلوكات متعلمة متميزة يستخدمها الأفراد في مواقف تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين و ذلك للحصول على الحد الأقصى للتعزيز في بيئتهم.

وعرفها أيضا ***بوك*** **Buck** ***(من خلال معتز عبد الله,2000ص251)*** بأنها قدرة نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في مواقف محددة بالشكل الذي يحقق أهدافا معينة سواء فيما يتعلق بالشخص ذاته أو بالأشخاص الآخرين .

كما تم تعريفها أيضا على أنها أنماط من السلوك المتميزة و المتعلّمة ، و التي من شأنها أن تعزز عملية التفاعل الاجتماعي للفرد مع الآخرين ، و التي ترتبط بشكل مباشر بتحقيق الكفاءة الاجتماعية للفرد، و تشكل في مجموعها وحدات بناء علاقات الفرد مع الآخرين،

و مشاركات و مساهمات الفرد مع الآخرين أيضا ، و التعاون و الاندماج معهم .
(Odom,et al .,1992).

و يشير *إليس*(Ellis ,1980) أن المهارات الاجتماعية هي كل مخلّفات سلوك الفرد الذي يتفاعل مع الآخرين .

و عُرّفت كذلك على أنها مجموعة من السلوكات المحددة التي تعتبر ضرورية لكي يتحقق معها الأداء الكفء لأية مهمة محددة ،وفي موقف معين. **(Kratochwill & French,1984)**.

و يعرفها***كامبس و سلابي***(**Combs & Slaby,1977**) بأنها القدرة على التفاعل مع الآخرين في سياق موقف اجتماعي ، بطريقة خاصة ، مقبولة اجتماعيا و ذات قيم ، و في نفس الوقت لها فائدتها الاجتماعية للآخرين.

كما عرفت أيضا بأنها عبارة عن ذخيرة من السلوكات اللفظية وغير اللفظية و التي يمكن للأطفال من خلالها التأثير في استجابة الأفراد الآخرين من أقران و آباء و مدرسين، و ذلك في إطار العلاقات المتبادلة بينهم. **(Rinn & Markle, 1979)**.

و توجد تعريفات عدّة لا مجال لذكرها، إلا أنه تبين لنا من خلال عرضنا لما سبق من التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم المهارات الاجتماعية، أن هناك قدرا كبيرا من التداخل و الترابط فيما بينها.

لكن يكفي في هذا الصدد التلخيص الجامع لخصائص المهارات الاجتماعية ، مما يمثل تعريفا متكاملا لهذه المهارات ، و الذي قدّمه ***ميكولسون*** و زملاؤه ***(Michelson,et al.,1983)*** فيما يلي:

- أن المهارات الاجتماعية يمكن تعلمها بشكل رئيسي من خلال أساليب التعلم الاجتماعي المختلفة، (مثل : الملاحظة، و التعلم من خلال نموذج قدوة، و المحاكاة أو التقليد، و المردود أو عائد السلوك الاجتماعي)

- أنها تشتمل على سلوكات معينة، و مميزة، لفظية و غير لفظية.

- تزيد عملية التعزيز الاجتماعي من المهارات الاجتماعية (= الاستجابات المفيدة من البيئة الاجتماعية).

- تشمل المهارات الاجتماعية كل من المبادرات الفعالة و الملائمة، و الاستجابات أيضا.

- يتأثر أداء المهارات الاجتماعية بخصائص البيئة أو (الموقف)، و باتجاهات المشاركين، و بالعديد من المؤثرات مثل: السن، الجنس والمكانة الاجتماعية للفرد، و كل هذه لها تأثيراتها في الأداء الاجتماعي للفرد.

- يمكن تعديل صور القصور أو الاضطراب في الأداء الاجتماعي للفرد و مواجهته من خلال أشكال التدخل التدريبي أو العلاجي أو التقويمي. (***سمية إبراهيم التحو,2001 ص23-24).***

4- المهارات الاجتماعية النوعية:

في الحقيقة يدخل في المهارات الاجتماعية عدد كبير من المهارات النوعية ، نختص في بحثنا هذا بذكر ما يأتي:

4-1- تأكيد الذات :

كان مفهوم الذات مقصورا على قدرة الفرد على التعبير عن المعارضة البالغة و الاستياء و الامتعاض تجاه شخص آخر أو موقف ما من مواقف العلاقات الاجتماعية، إلا أن هذا المفهوم إتسع فيما بعد ليشمل كل التعبيرات المقبولة اجتماعيا

للإفصاح عن الحقوق و المشاعر الشخصية. و من أمثلة ذلك: الرفض المؤدب لطلب غير معقول ، التعبير عن الضيق و السخط و الاشمئزاز ، التعبير الصادق عن الاستحسان و الإعجاب و التقدير و الاحترام، كذلك الصياح تعبيرا عن البهجة... كل هذه أمثلة للسلوك التوكيدي. و بذلك فقد أصبح معنى السلوك التوكيدي حسب ***وولب* Wolpe** بأنه "التعبير الملائم بأي انفعال ما عدا القلق تجاه شخص آخر".(***غريب عبد الفتاح غريب،1995 ص 4)***

و قد اقترح ***شامبليس و جولدستاين* Chambless & Goldstrein** تعريف السلوك التوكيدي بأنه التعبير الملائم،و يشير لفظ "ملائم" هنا إلى أن التعبير لابد أن يحمل بالضبط مشاعر الفرد،و يؤدي هذا بدوره إلى أكثر النتائج إيجابية،و يعني لفظ "التعبير" طريقة توصيل ما يشعر به الفرد فعلا من مشاعر***(غريب عبد الفتاح غريب، ص4-5).***

إذن هذه النوعية من المهارات تعادل أحيانا الكفاءة الاجتماعية ، و تناقض كل من العدوان ، و السلوك السلبي ، و تتمثل في قدرة الفرد على التأثير ،أو السيطرة أو التحكم في الآخرين، والتعبير بحرية عن آرائه، سواء اتفقت أم اختلفت مع آراء الآخرين ، و مقاومة كل المحاولات التي تهدف الضغط عليه لأشياء لا يرغبها ، والدفاع عن حقوقه ضد من يحاول انتهاكها، مع عدم انتهاك حقوق الآخرين.

كما يعرفها بعض الباحثون على أنها : " سلوك يمكّن الفرد من التصرف لمصلحته الخاصة ، و التعبير عن أفكاره و مشاعره و معتقداته بطريقة مباشرة ، باستخدام الوسائل الملائمة ، و الدفاع عن حقوقه الشخصية دون إنكار حقوق الآخرين". **(Alberti & Emmons,1974)**.

و تجدر الإشارة إلى أن ***لازاروس* Lazarus** أشار بأن المهارات التو كيدية تتضمن أربعة مكونات رئيسية ، هي : القدرة على رفض الطلب، طلب الخدمة ، التعبير عن

المشاعر الايجابية و السلبية، و بدء و استمرار و إنهاء الحديث العام مع الآخرين. (*سمية إبراهيم التحو, 2001 ص25)*

4-2- الضبط الاجتماعي:

تمثل الأسرة الركيزة الأولى التي يتلقى فيها الفرد خبرات الحياة، و نماذج السلوك الاجتماعي، و يتعلم فيها أنماط السلوك و التصرف، و يكتسب القيم و المعايير، و تدرب أفرادها على الضبط الذاتي، و ذلك يمثل خط الدفاع الأول لوقاية من الانحراف. و تعد الأسرة أحد مصادر الضبط الاجتماعي ، نظراً لما تقوم به من أدوار متباينة تجاه أفرادها و تجاه المجتمع، و تعويد الأفراد على الالتزام بالسلوك السوي، و عدم الخروج عن قواعد الضبط الاجتماعي في المجتمع.

و يمثل الضبط الاجتماعي ضرورة لا غنى عنها للمجتمع، لأن ممارسة الضبط على أفراد المجتمع تحفظهم من الإنحراف ، نظراً لأن الضبط يحافظ على نظُم المجتمع و قواعد السلوك و التعاملات بين الأفراد.

و تأتي أهمية الضبط الاجتماعي، لأنه يجعل الأفراد أكثر تكيفاً و ارتباطاً بنظم المجتمع، و أكثر إلتزاماً بالقانون، مما يؤدي لعدم ارتكابهم للسلوك الإنحرافي و الإجرامي.

يمكن تعريف الضبط الاجتماعي إذا، بأنه استخدام القوة البدنية أو الوسائل الرمزية لفرض أو إعمال القواعد أو الأفعال المقررة و يكون الفرض بالإجبار و القهر، أما إعمال القواعد و الأفعال فيكون بالإيحاء و التشجيع و الثناء و غير ذلك من الوسائل. ***(أحمد فوزي المفكر، 2003).***

و يمكن القول: أن التنشئة الاجتماعية تعد في غاية الأهمية في تكوين الضبط الذاتي ووقاية الإنسان من الإنحراف، و تدعيم الضبط الاجتماعي داخل المجتمع، حيث أن الضبط الاجتماعي يعد أهم آليات التنشئة الإجتماعية ، و ليس العكس بحال من الأحوال كما يعتقد البعض.

و قد لاحظ الكثير من الباحثين أن تنشئة الأفراد تنشئة اجتماعية غير متكاملة و غير سوية، لا تقدم القيم و المعايير الإيجابية، بالإضافة إلى عدم نقل الثقافة للأفراد، و عدم تدريبهم على الضبط الاجتماعي الذاتي ، ينتج عنها عدم نضج الأفراد اجتماعيا و عدم قدرتهم على التكيف داخل المجتمع مما يجعلهم أكثر قابلية للإنحراف.

و لذلك عرّف ***شعبان جاب الله*** التنشئة الاجتماعية بأنها عملية إكتساب الفرد الخصائص الأساسية للمجتمع الذي يعيش فيه، ممثلة في القيم و الاتجاهات و الأعراف السائدة في مجتمعه و معايير السلوك الإجتماعي المرغوب في هذا المجتمع. ***(شعبان جاب الله، في زين العابدين درويش، 2005 ص 68).***

و قد قسّم الباحثون الضبط الاجتماعي إلى أربعة أقسام، هي :

1- *الضبط الداخلي*، فالمجتمع يضفي على الطفل الطابع الاجتماعي بمدّه بالقيم و الأعراف، حتى يتكون لديه الضمير كضابط داخلي يمنع الشخص من الإنغماس في الأنحراف.

2- *الضبط غير المباشر*، حيث إن تطور العاطفة و الاحترام داخل الطفل نحو الوالدين، يقوم بدور الضبط غير المباشر.

3- *الضبط المباشر*.

4- *إشباع الحاجة الشرعية*.

و يتضح أن التنشئة الاجتماعية تمثل أحد وسائل الضبط الاجتماعي في المجتمع، لأنها تقوم بمد الأفراد بالقيم الأخلاقية و معايير السلوك، و أساليب التعامل و التكيف مع المجتمع و تدريب الأفراد على الضبط الذاتي مما يدعم الضبط الاجتماعي داخل المجتمع.

و توضح نظرية الضبط الاجتماعي أن الأسرة تعتبر من أهم مصادر الضبط الإجتماعي، لذلك فإن تغيب الآباء عن الأسرة يؤدي إلى ضعف القيود على الأبناء و عدم تعلمهم الطاعة و الإمتثال، الأمر الذي يؤدي إلى عدم ضبط سلوكهم.

بخصوص الأسرة و التنشئة الاجتماعية، فالأسرة تمثل المؤسسة الأولى في عملية التنشئة عموماً و التنشئة الإجتماعية بوجه خاص، و ما يترتب عليها من إمداد الأشخاص بالقيم و المعايير و العادات السلوكية الصحيحة. أما بالنسبة للتنشئة الاجتماعية و الضبط الاجتماعي ، فالتنشئة يتم فيها تشكيل شخصية الإنسان السوية و تدعيم الضبط الذاتي لديه، و إكسابه ثقافة المجتمع و معتقداته، و تكوين الضمير لديه، و ذلك يمثل مدخلا مهماً لتدعيم الضبط الإجتماعي. ***(أحمد فوزي المفكر ، 2003)***

و بهذا يمكن الاستخلاص أن اكتساب الفرد للضبط الذاتي و الضبط الاجتماعي معا، تمكنه من اكتساب مهارات تندرج تحتها مهارة لعب الأدوار و حضور الذات و التكيف مع المواقف الاجتماعية المختلفة بجميع ضوابطها، فالشخص الذي يتمتع بمستويات عالية من الضبط الاجتماعي، هو الذي يمكنه أن يقوم بأدوار اجتماعية متنوعة بكل حنكة و لباقة . كل هذه المهارات باختصار هي مهارات الضبط الاجتماعي.

4-3- التواصل الاجتماعي :

يعتبر التواصل الاجتماعي عصب الحياة البشرية منذ بدء الخليقة ، فالجنس البشري لديه بالفطرة استعدادات متنوعة للتواصل ،و كان من اهتمامات الإنسان الأول أن يزيد من تأثير وتنوع ووضوح رسائله و وسائطه للتواصل مع الآخرين، و أن يطورفي نفس الوقت قدرته على تفسير رسائل الآخرين إليه و فك رموزها، و كذلك سعى الجنس البشري عبر التاريخ إلى تحسين قدرته على استقبال و استيعاب المعلومات، و كان هذا ضروريا في البداية للوعي بالمخاطر،و من ثم المشاركة في توفير الإمكانات لمواجهتها.***(حصة الدغيشم , 2000 ص 2).***

و يمثل التواصل الاجتماعي في الوقت الراهن مقوما أساسيا من مقومات الشخصية الإنسانية، و ركنا من أركان الحضارة البشرية المعاصرة، و مع ذلك فإنه لم يصبح علما بالمعنى الدقيق للكلمة إلا في عهد قريب نسبيا، حيث كانت البداية المبكرة لهذا المجال على يد مهندس في شركة ***" بل Bell "*** للهاتف هو ***" كلود شانون Shannon "*** حيث كان أول من وضع ما عُرف بالتصميم خماسي الأبعاد** * لعملية التواصل ، في نظم الاتصالات الهاتفية أساسا.

و مع أن هذا التصميم وضع لأغراض هندسية ، إلا أنه أصبح يشكل الإطار العام لتحليل عمليات التواصل و مكوناتها في مجالات مختلفة بعد ذلك ، حيث تقدم مجال التواصل بسرعة و أصبح موضوعا مهما في علم النفس الاجتماعي ، و علوم الإدارة ، و الإعلام و غير ذلك من العلوم. ***(مصطفى حجازي ، 1997)***

و بتعدد مجالات البحث حول التواصل الاجتماعي ، سعى الباحثون على مستوى جميع الميادين الوصول إلى تعريفات شاملة تلّم بهذا المفهوم و ذلك بوصفه: " عملية يتم من خلالها نقل و تبادل المعلومات أو الأفكار أو الآراء أو الانطباعات بين طرفين أو أكثر ، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، باستخدام وسيلة أو عدّة وسائل ،

** التصميم خماسي الأبعاد : المُرسِل ، الشفرة ، الرسالة ، فك الشفرة ،و المستقبل.*

و ذلك بهدف الإعلام أو الدعاية أو الإقناع أو التأثير العقلي أو الوجداني ، أو الإيحاء بأفكار و أهداف معينة." ***(عادل الزيادي , 1988).***

إذن فمهارة التواصل الاجتماعي هي مهارة عامة تدخل في إطار ما يعرف باسم " السلوك الاجتماعي الايجابي " و الذي يهتم بتكريس الرعاية للآخرين ، و الحرص عليهم، مما يحقق أفضل صور التفاعل في مختلف المواقف الاجتماعية ، و لذلك تنطوي هذه المهارة على عدد من المهارات النوعية :

- المبادرة لتكوين علاقات جديدة.
- السعي لتوثيق العلاقة مع الآخرين.
- التعامل مع المشاعر الإنسانية.
- كف الاتجاهات العدائية من جانب الآخرين.

- التعامل مع الضغوط المترتبة بالعلاقات الاجتماعية .
- التخطيط واتخاذ القرار فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية .

(Goldstein & McGinnis,1997*)*

كما تعتبر مهارات التواصل الاجتماعي إحدى مهارات القيادة الناجحة، إلى جانب ما يمكن أن يتميز به القائد الفعال من مهارات قيادية أخرى. كما أكدت ذلك دراسات عديدة والتي أوضحت أيضا أن القيادة الفعالة تتضمن بالضرورة مهارات التواصل الاجتماعي المختلفة. ***(وليد هوانه، و علي تقي،1994 ; عباس عوض، و رشاد الدمنهوري،1994 ; و حامد زهران ، 1996)***

إذن فالتواصل بين البشر عملية أساسية للنشاط الاجتماعي، و لازمة لرقي الفرد و تطوره ، و لوجود أي مجتمع و تماسكه و تقدمه، و أنه بغير هذا التواصل بين أفرد المجتمع ، لما تحققت بينهم رابطة ، و لا قامت بينهم و بين بعضهم البعض علاقة اجتماعية من أي نوع ، و لما أصبح هذا التواصل موضوع يشغل مختلف الباحثين و من جميع الميادين الإنسانية منها و السلوكية و غيرها...

5- تصنيف المهارات الاجتماعية:

بتعدد اهتمام الباحثين من جميع الميادين و على جميع المستويات بالمهارات الاجتماعية ، تعددت آراؤهم بتصنيفها، و ذلك على حسب زوايا رؤياهم لها و زوايا دراستها .

و من أبرز الجهود المحاولة لتصنيف المهارات الاجتماعية ما يأتي :

1-5- تصنيف كالدرله و مريل **Caldarella & Merrell** *:*

توصل كل من ***كالدرله و مريل*** **Caldarella & Merrell** إلى وضع تصنيف للمهارات الاجتماعية، بناء على 21 دراسة مشتركة تمّ إجرائها على ما يزيد عن

22,000 طفل و مراهق.وقد تمثل تصنيفهما للمهارات الاجتماعية في الفئات الخمسة الرئيسية التالية:

- مهارات العلاقات مع الأقران :

و تشتمل على عدّة مهارات منها : مدح الأقران و مساعدتهم، تكوين الصداقات معهم، و مشاركتهم في المناقشات و المحادثات و الأنشطة ، التعاطف معهم، و الوقوف إلى جانب حقوقهم ، و مهارات القيادة لأنشطتهم.

- مهارات ضبط أو إدارة الذات:

و تشير إلى وعي الفرد بمشاعره و وجدانه و كفاءة التعامل معهما، أو ضبطها في مواقف التفاعل الإنساني بين الفرد و الآخرين.

- المهارات الأكاديمية:

و هي مهارات ترتبط بالجو الاجتماعي في الفصل الدراسي ، و تتضمن المهارات التي تسمح بوصف الطفل أو المراهق من قبل الأستاذ بأنّه فعّال، مستقل ، و منتج، ومن هذه المهارات: إنجاز المهام و الواجبات بشكل مستقل، و تنفيذ توجيهات و أوامر الأستاذ واستثمار وقت الفراغ بشكل مناسب.

- مهارات المطاوعة أو المسايرة:

و هي المهارات الاجتماعية التي تتمثل في نجاح الطفل أو المراهق في الانسجام بشكل جيد مع الآخرين ، و إتباع التعليمات و التوجيهات ، و استخدام وقت الفراغ بشكل جيد ، و مشاركة الغير في اللعب، و الاستجابة للنقد البناء بشكل مناسب، وإنجاز المهام و الواجبات.

- مهارات تأكيد الذات :

و تتجلى في ممارسة الطفل أو المراهق لاستقلاليته بصورة مناسبة، و الحرص على تلبية احتياجاته الخاصة دون تهاون، وتشمل عدّة مهارات ، منها : المبادرة إلى الحوار مع الآخرين ، تقبل المديح و الإطراء، دعوة الآخرين للتفاعل، و الثقة بالنفس ، و المبادرة إلى تكوين الصداقات مع الآخرين.

(Caldarella & Merrell,1997)

5-2- *تصنيف جولدشتاين و ماك جينس* Goldstein & Mc Ginnis:

توصلت محاولة ***جولدشتاين و ماك جينس*** **Goldstein & Mc Ginnis** في تصنيف المهارات الاجتماعية إلى إختزال ستة مجموعات من المهارات الاجتماعية ، حيث تنطوي تحت كل مجموعة مهارات فرعية صغرى و هي :

- المهارات الاجتماعية التي تتضمن المبادرة و الإقدام على تكوين علاقات جديدة.
- المهارات الاجتماعية الهادفة إلى توثيق العلاقة مع الآخرين .
- مهارات التعامل مع المشاعر الإنسانية.
- مهارات التخطيط و اتخاذ القرار في مواقف التفاعل الاجتماعي.
- المهارات المكِقة للعدوان ، أو الاتجاه العدائي من جانب الآخرين.
- مهارات التعامل مع الضغوط المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية.

(Goldstein & Mc Ginnis,1997)

5-3- *تصنيف رين و ماركل* Rinn & Markle:

يعتبر تصنيف *رين و ماركل* **Rinn & Markle** للمهارات الاجتماعية من التصنيفات الشائعة في هذا الميدان و على صعيد ميادين شتى، حيث اشتمل على أربع فئات رئيسية كالتالي:

- مهارات التعبير عن النفس:

و يدخل فيها التعبير عن مشاعر الحزن ، الفرح ، تقبل المديح و تقدير الذات .

- مهارات التدعيم أو التشجيع :

و تتضمن : تقدير الصفات الايجابية في الصديق المخلص،و إبداء الاتفاق الحقيقي مع آراء الآخرين، و مكافأة أو مدح الآخرين.

- المهارات التوكيدية :

و تشمل الجرأة في طلب شيء ، أو السؤال عن شيء، تأكيد عدم الإتفاق مع رأي الآخرين بصورة غير استفزازية ، و رفض طلبات غير معقولة.

- مهارات التواصل الاجتماعي:

و تشمل حسن التفهم لدوافع و اتجاهات الآخرين، و حل المشكلات بكفاءة في مواقف التفاعل الاجتماعي . (***Rinn & Markle ,1979***).

6- نماذج نظرية للمهارات الاجتماعية :

توسع انشغال الباحثين بالمهارات الاجتماعية لدرجة التفكير في أسس قائمة لتفسيرها ، تمثلت في وضع نماذج نظرية ، حيث عبّرت كل واحدة منها عن التوجه الذي تبناه كل باحث في تفسيره لحقيقة المهارات الاجتماعية . و سوف نعرض أهم النماذج في هذا المجال حسب التسلسل الزمني لظهورها، فيما يلي:

6-1- نموذج" أرجايل و كندون Argyle & Kendon":

يفترض هذا النموذج أن الفرد لديه أهداف يسعى إليها للحصول على المكافآت المطلوبة ، وأن تحقيق هذه الأهداف يعتمد أساسا على سلوكه الماهر اجتماعيا ، و أن هناك قدرا من المرونة في السلوك استجابة لسلوك الآخرين ، و أن الفشل في المهارة ينتج عن الفشل في تحقيق الهدف، حيث تكون النتيجة سلبية ، و ينتج عن ذلك أنماط من السلوك غير السوي . و يؤكد هذا النموذج على عناصر الأداء الاجتماعي للفرد ، فمنها ما يتعلق بتحقيق أهداف محددة مثل المهارات التو كيدية ، و منها ما يتعلق بسلوكيات معينة مثل التواصل غير اللفظي ، فضلا عن عناصر أخرى مثل : المعرفة

و الفهم ... الخ

و يقوم هذا النموذج عند أرجايل Argyle، على ثلاث مراحل :

- المرحلة الأولى :

و تقوم على تمثُّل هدفا معينا يقصد الوصول إليه ، مثلاً : تعلّم كيفية الطباعة على الآلة الكاتبة ، أو تعلم كيفية كسب صديق.

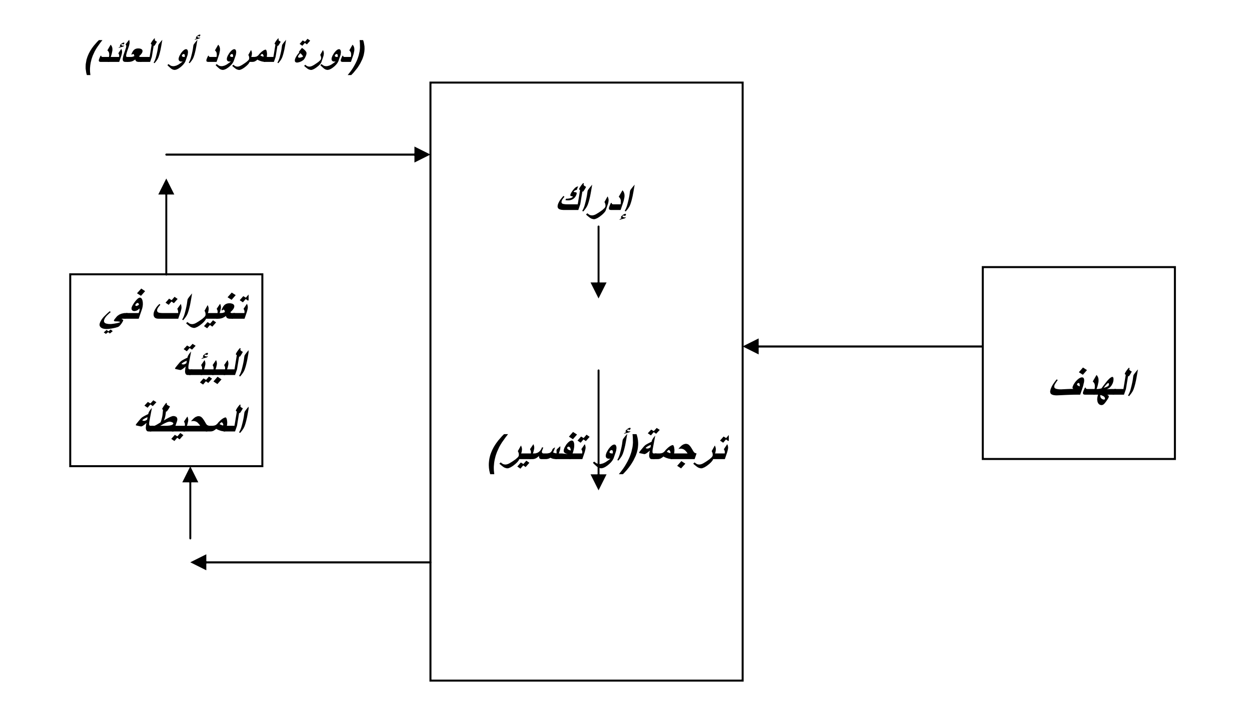
- المرحلة الثانية :

تبدأ باستيعاب الدلالات من البيئة ، مثلا : عامل الطباعة يرى أخطاءه ، و الساعين إلى كسب الأصدقاء يرون دلالات اجتماعية من الصديق الفعلي ، و يتبع هذا الاستيعاب من جانب الفرد ترجمة ما يستوعبه إلى خطط للعمل ، و يتخذ قرارات على المستوى المعرفي ، و لهذا فإن المتعلم للطباعة يمكنه أن يقرر تلقي تمرين آخر، و الساعي إلى كسب أصدقاء يمكن أن يسعى إلى المبادرة بالحديث بعد الوصول إلى قرار، بمعنى أن الشخص يمكن أن يبادر باستجابة حركية ما، و أن ينفذ سلوكا معيناً، فالمتعلم للطباعة يمكن أن يضغط على المفاتيح بقوة أكثر ، و الساعي إلى كسب أصدقاء يمكن أن يبدأ بالكلام ، و هذا التصرف من قبل المتعلم للطباعة ، أو الساعي إلى كسب الأصدقاء يمكن أن يتسبب في بدء المرحلة الثالثة .

**** المرحلة الثالثة:***

في هذه المرحلة تسبب النتائج الخارجية المترتبة على السلوك ، بعض التغيّرات في البيئة المحيطة، و في ضوء المثال السابق ، فإن الطباعة تتحسن ، و الصديق المتوقع يبدأ بالاستجابة .

و أخيرا فإن الفرد يحسن تقدير نتائج تصرفاته في ضوء هذا المردود، أو الفائدة العائدة عليه، من تحقيق الهدف و هكذا فإن السلوك يعزّز أو يدعّم . و العكس من ذلك، فإن السلوك يمكن ألا يكون مفيدا و يمثل عقوبة للفرد، و هنا فإن السلوك غالبا لا يتكرر. (Argyle & Kendon,1967).



شكل1- نموذج المهارات الاجتماعية:

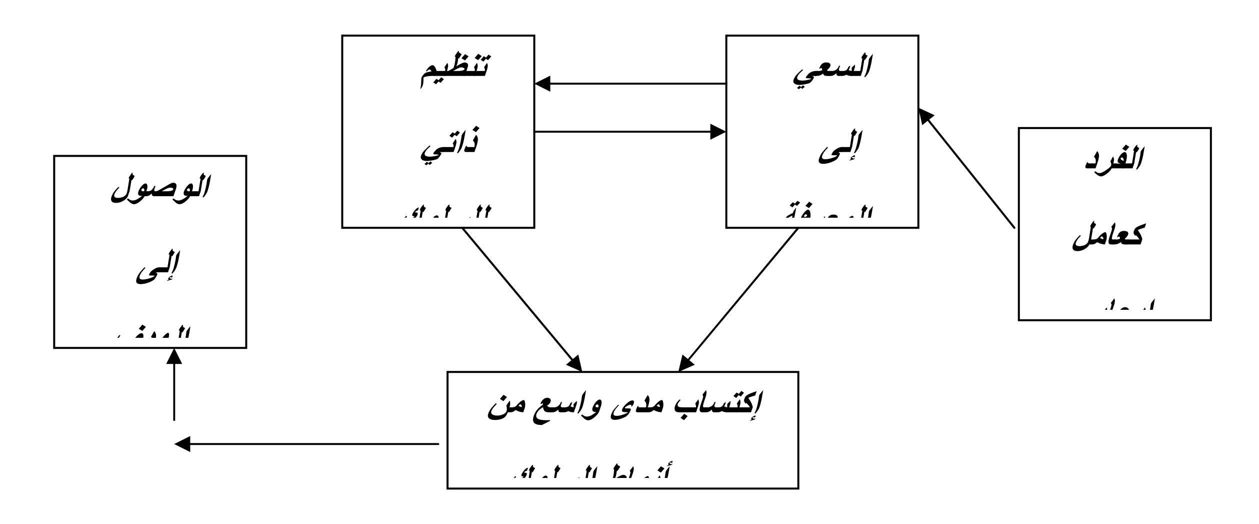
(من:Argyle & Kendon,1967)

2-6- نموذج" هار و سكورد" "Harre & Secord :

طُرح هذا النموذج عام 1972، و قد كان يُنظر فيه إلى الفرد كعامل يعتمد على عقله ، و يتصرف و يتحكم في سلوكه، و يختار الوسائل (أو المهارات السلوكية) التي توفي بمتطلباته ، للحصول على مكافآت من قبل الآخرين ، و لتحقيق أهدافه . و الأهداف هنا تمثل المبادئ الرئيسية التي يدور حولها السلوك بانتظام، و في هذا النموذج يكون العامل (أي الإنسان) إيجابيا و ليس سلبياً ،فالشخص يسعى إلى المعرفة (المعلومات) ، و

يولّدها، و يقوّمها ، و يتحكم في سلوكه، أكثر من كونه خاضعا لسيطرة العوامل الخارجية،كما تتصف إستجاباته بالمرونة، لكي يحقق الأهداف المرغوبة لديه .

و مفهوم العامل في هذا النموذج يتضمن أن الشخص يمثل مدى واسعاً من أنماط السلوك، و يدرك من خلال هذا المدى الواسع من أنماط السلوك ، مسار الفعل المناسب، و يستبدل أي مسار للسلوك بآخر، وأنماط السلوك هذه تكون مسايرة للقواعد الحاكمة لموقف الفعل، مما يجعل تصرفات الفرد مفهومة و مناسبة للآخرين، و هو قادر على التدخل في أي لحظة لتعديل هذا السلوك. ***(Curran & Monti,1982)***



شكل -02

الشكل-2: من إعداد الطالبة الباحثة يوضح ملخص نموذج هار وسكورد

6- 3- نموذج " ميشيل **Mischel"**:

طرح ***ميشيل Mischel*** هذا النموذج عام 1973، و قد كان يؤكد فيه على المتغيرات المعرفية و السلوكية التي تقوم عليها الكفاءة الاجتماعية لدى الفرد ، بالإضافة إلى تخطيط الفرد لاستراتيجيات حياته و تنظيم ذاته. قد وضع ***ميشيل*** **Mischel** تصوره النهائي لهذا النموذج استنادا إلى تصوره لأنظمة التحكم الذاتي و التخطيط باعتبار أن الأشخاص يحددون أهدافهم في الإنجاز أو الأداء، و يتصرفون بناء على

نقدهم ذواتهم، أو شعورهم بالرضا النفسي عنها ، و يعتمد ذلك على مدى تطابق سلوكهم مع توقعاتهم.

(Curran & Monti,1982)

6- 4- نموذج " لينس **Lense ":**

وضع ***لينس*** **Lense** نموذجه عام 1975 الذي وصف فيه مكونات السلوك التي تعتبر ضرورية للأداء الكفء للمهمة في مواقف إجتماعية معينة ، حيث يتم اشتقاقه عن طريق تحليل عملية معالجة المعلومات الإنسانية، و استخلاص معلومات جديدة.

و يرى ***لينس*** **Lense** أن المهارات الاجتماعية ينبغي دراستها بنفس الطريقة التي يقوم

بها الفرد في تحليل و معالجة محتوى المعلومات أو التنبيهات ، بحيث تتحول هذه المدخلات الاجتماعية ، إلى سلوك اجتماعي خارجي ، بمعنى أن المهارات الاجتماعية يمكن التفكير فيها بوصفها عملية تحويل متتابعة ، لتوليد نمط السلوك الذي يكون ملائما أو كفؤا لمهمة ما ، و تشتمل عملية التحويل هذه على الاستجابة بطريقة مميزة .

و هذه العملية يمكن أن تتم عبر ثلاث مراحل رئيسية ممتابعة:

1- تسجيل المؤثر (أو المنبه أو المعلومة الداخلة).

2- إتخاد القرار.

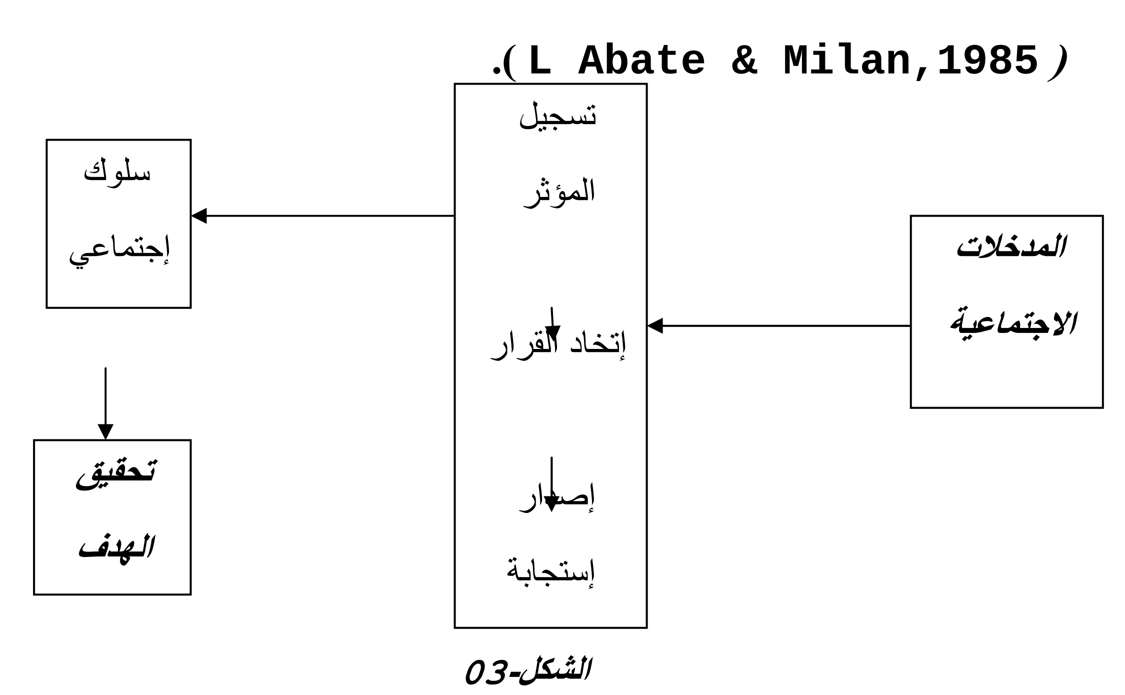
3- إصدار الاستجابة.

في المرحلة الأولى : يتم التعرف الحسّي على الملامح المهمة للمؤثرات في الموقف، واستيعاب أو فهم هذه الملامح من خلال المخزون المعرفي لدى الفرد.

وفي المرحلة الثانية : و هي مرحلة إتخاذ القرار ، يقوم الفرد بتوليد بدائل الاستجابات ، و باختبار مدى ملاءمة البدائل للمهمة ، ثم اختيار الاستجابة البديلة ، و البحث في مخزونه المعرفي ، لمعرفة ما إذا كانت الاستجابة المختارة موجودة ، ثم تقييمه الاستجابة المختارة. و في ضوء هذه المعلومات فإن مرحلة إتخاذ القرار هذه تبدأ كمدخل لعملية فهم الموقف، و تنتهي بالاستجابة.

أما المرحلة الثالثة:فتتضمن تحويل الاستجابة الملائمة إلى تتابع منتظم من أنماط السلوك الملاحظة ، و التي تتمثل فيما بعد (من خلال عمليات تقويم العائد الإيجابي لأنماط السلوك هذه) في المهارات الاجتماعية الملائمة .

(L Abate & Milan,1985).



الشكل-03

5-6-نموذج " ترورو **trower** *":*

يشتمل هذا النموذج الذي أعدّه***ترورو* Trower** عام 1982 على ما يأتي:

- القدرة القياسية على تقويم الأحداث الخارجية و الداخلية .
- القدرة على الأداء.
- القدرة على تحديد الأهداف أو القيم .
- تمثّل المعرفة ، و الأداء المبني على المنطق في مختلف أوجه السلوك و النشاط الإنساني لدى الفرد.

و لهذا النموذج كما يقرُّ صاحبه تطبيقاته فيما يتصل بالتقويم للمهارات الاجتماعية، و يستهدف قياس ما يملكه الفرد من معرفة إجتماعية ، و ما لديه من مقدرة على وضع

الشكل-3: من إعداد الباحثة يوضح ملخص نموذج لينس

الخطط المناسبة . و يشتمل التدريب على القياس و التقدير و الاستبعاد المنطقي للتقييمات السلبية التي غالبا ما تعوق اكتساب المهارات الاجتماعية ، كذلك فإن التدريب يجب أن يركّز على عملية إبداع المهارات الاجتماعية في الأداء، و ليس مجرد تعلُّم المهارات الاجتماعية **(Trower,1982).**

6-6- نماذج" ماكفول Macfall':

قام هذا الباحث بمراجعة شاملة لعدد من الدراسات المتعلقة بمفهوم المهارات الاجتماعية، و خلص منها إلى أنه يمكن تفسير مفهوم المهارات الاجتماعية و تعريفها، من خلال ثلاثة نماذج رئيسية, سوف نعرضها كالتالي :

6-5-أ- نموذج السمة للمهارات الاجتماعية :

و الذي يقوم في تفسيره و تعريفه للمهارات الاجتماعية على أسس إفتراضية ، تتمثل في العناصر التالية:

- إرتباط المهارات الاجتماعية بسمات الشخصية.

- إرتباط أداء الشخص في النمو الموقف الاجتماعي بمستوى المهارات الاجتماعية لديه، و هذا يعني أنه كلما كان أداوه أكثر ملاءمة في الموقف الاجتماعي، كان ذلك مؤشرا على ارتفاع مستوى المهارات الاجتماعية لديه.

- أنه يصعب الكشف عن طبيعة المهارة ، أو تحديد درجة الأداء فيها ، و لذلك فإن ما يمكن، هو القول بأن شخصا ما يتمتع بمهارات اجتماعية ، أو أن أداءه في المهارة الاجتماعية يعتبر عاليا أو متدنيا.

6-5- ب- النموذج الجزئي للمهارات الاجتماعية :

و يشتمل على العديد من العناصر التي تشكل إطاراً لتفسير و تعريف المهارات الاجتماعية ، و التي يمكن إيجازها على النحو التالي :

- تعتبر المهارات الاجتماعية وحدات سلوكية محددة.

- يمكن إكتساب و تعلُّم المهارات الاجتماعية .

- يمكن ملاحظة المهارات الاجتماعية كسلوكيات ملموسة ، و ذلك من خلال ما يظهره الفرد من استجابات مختلفة.

- ترتبط المهارات الاجتماعية بسلوك معين أو موقف محدد ، غير أنها لا تُعزى إلى سمات الشخصية .

6-5- ج- النموذج الجامع بين الكفاءة الاجتماعية و المهارات الاجتماعية:

و يمثل هذا النموذج الثالث بديلا توفيقيا للنموذجين السابقين ، و في ضوئه تعرّف المهارات الاجتماعية بأنها : " قدرات محددة تمكّن الشخص من القيام بأداء الوظائف الاجتماعية بشكل كفء"، في حين يُؤكّد على أن الكفاءة الاجتماعية بأنها: " مفهوم تقويمي يشير إلى نوعية أو كفاءة الأداء الشامل للفرد ، في مهمة محددة ، و في موقف اجتماعي معين."

و بناء على هذا النموذج تحددت ست خطوات رئيسية لبناء تقويم فعال للتأثير الاجتماعي :

1- التعرف على أكثر الأنشطة مناسبة ، في الحياة اليومية للأفراد.

2- عمل تحليل للأنشطة (كل نشاط مهني على حدة)

3- الحصول على عينة ممثلة لأداء الشخص في كل مهمة.

4- بناء مقياس للأنشطة الخاصة لتقييم الكفاءة الاجتماعية.

5- تقييم أداء عينة من الأفراد .

6- تلخيص و استنباط و تفسير النتائج التي تم تقويمها.

.(**Irvin & Walker,1993**)

6- التعليق على النماذج النظرية :

من خلال عرضنا للنماذج النظرية السابقة , يمكننا إستخلاص منها ما يأتي :

- أن المهارات الاجتماعية (See,Trower,1982) تُعتبر المكونات المقبولة فعليا من السلوك ، و هذه المكونات غالبا ما يتم تعلمها عن طريق الخبرة أو الملاحظة ، و يحتفظ بها في الذاكرة بصورة رمزية ، و يتم استرجاعها في بعض المواقف.

- أن المهارات الاجتماعية تشير إلى عمليات توليد أنماط من السلوك، توجه ناحية الهدف ، كما في نموذج أرجيل و كندونArgyle & Kendon ، الذي أوضح أن الفرد يراعي نوعية الموقف الذي هو فيه و يراعي تصرفه، ثم يعدّل أدائه في ضوء الإستجابة الخارجية المستمرة، و الرغبات الداخلة التي ينشد في تحقيقها، و ذلك للحصول على النتائج المرغوبة، حيث يلجأ الفرد في كل ذلك إلى رصيده المعرفي تبعا للموقف و مساره، و تبعا للقواعد التي تحكم السلوك، و تبعا لرغباته الأساسية و الثانوية ، و ذلك لإنتاج و توليد أنماط السلوك الماهر إجتماعيا.

- أن المهارات الاجتماعية حسب ميشيل Mischel تقوم أصلا على المتغيرات المعرفية و السلوكية المؤسِسَة للكفاءة الاجتماعية ، و بالتالي فإن المهارات الاجتماعية من هذا المنظور تحاكي الكفاءة الاجتماعية القائمة على مبدأ التقويم، فنقد الفرد لذاته ، و تحديده لأهدافه تبعا للموقف الاجتماعي ، يُنمي لديه المهارات الاجتماعية الخاصة بكل موقف اجتماعي و كما يساعده على تحديد هدفه الاجتماعي .

- أن المهارات الاجتماعية تعتمد على الموقف ، و تختلف باختلاف المستوى و المضمون الاجتماعي للفرد، و يعتبر كذلك تحديد الموقف أمرا مهما في اختيار المهارة الاجتماعية الملائمة، و ذلك لأن التصرفات المقبولة في موقف اجتماعي معين قد لا تكون مقبولة بالضرورة في موقف اجتماعي آخر، و بالتالي

يكون الفرد الكفء هو الذي يستطيع أن يحلل الموقف الاجتماعي، و يختار الاستجابة الملائمة تبعا لمتطلبات الموقف.

- بالرغم من تعدد النماذج النظرية السابقة حول مفهوم المهارات الاجتماعية ، و اختلاف وجهات النظر فيها فيما بين الباحثين ، فإن نموذج أرجايل و كندونArgyle & Kendon يؤكد على التماثل فيما بين المهارات الاجتماعية و المهارات الحركية. بمعنى أن الشخص الذي يستطيع أن يطوّر مهاراته الحركية يمكنه أيضا أن يطور مهاراته الاجتماعية، بحيث يمكن التعرف على بعض أنماط السلوك المحددة و المهمة و التركيز عليها في مواقف التدريب المختلفة.

**** الخلاصة :***

عموما ، من خلال عرضنا البسيط للمهارات الاجتماعية الذي احتوى، ماهيتها

و ما توصل إليه الباحثون في تصنيفها ، و حتى ما أحيطت به من دقة استوجبت التنظير فيها (و ضع نماذج نظرية)، إنتهينا إلى ما يؤكد إتساع نطاق المهارات الاجتماعية بمختلف صورها ، و تشعّب و تعدد مجالات البحث فيها، و عمق و كثافة الجهود العلمية للباحثين و الدارسين عليها، و ذلك لما تمتلكه من أهمية قصوى تضاهي ميادين الصحة النفسية التي تسعى دوما لتحقيق الحياة الرفاهية للفرد من الناحية النفسية بشتى الطرق، لما من نفسية الفرد من تأثير جامح على جميع وظائف الفرد و ما تسببه من عراقيل لسيره النفسي الاجتماعي .

إذن فمن وراء هذه الأهمية التي تتمتع بها المهارات الاجتماعية و كذا مميزاتها الخاصة ، حيث يمكن اعتبارها مادة خام يمكن للفرد اكتسابها ثم بلورتها بطرق عدة على حسب الهدف المرجو، و ما تحققه أيضا من سير نفسي اجتماعي سوي للفرد، هو الذي أضاف أهمية قصوى لإجراء هذا البحث و يجعله أكثر استحقاقا للدراسة و التقصي.

****

الفصل الثالث

الفصل الثالث

داء السكري

- تمهيد

1- نبذة تاريخية حول داء السكري.

2- تعريف داء السكري.

3-أنواع داء السكري.

4- أعراض داء السكري.

5- مضاعفات داء السكري.

6- العوامل المساعدة على ظهور السكري.

7- علاج داء السكري

8- وضعية داء السكري.

- الخلاصة.

**** تمهيد:***

إن داء السكري من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان منذ القدم ، حيث كان المرضى آنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به، و لذلك أعتبر هذا المرض من أبرز أعداء البشرية و أخطرها ، إذ أنه يصيب أعداد كبيرة من البشر من جميع أنحاء العالم و

بين مختلف الأجناس و الأعمار ، بحيث شكّل بذلك معضلة عويصة بالنسبة للصحة العمومية.

و بالإضافة لما يسببه هذا الداء من مخاطر ، فإنه يسبب أيضا تعقيدات و عواقب خطيرة على حياة المصابين به، بالتحديد على حياتهم المهنية ، العائلية ، اليومية و الشخصية بصورة عامة . و بذلك فهو يجعلهم يعيشون دائما في قلق شديد و في وضعية عدم الاستقرار. فضلا لما تشكله التغيرات الجديدة المصاحبة للمرض من معاناة لهؤلاء المصابين ، بحيث تصبح حياتهم مقيدة و مهددة بالخطر، لأن هذه الحياة الجديدة تتطلب منهم الحيطة و الحذر و الإعتناء بصحتهم لتفادي مضاعفات مرضهم.

و على العموم فإن مضاعفات هذا الداء و تأثيراته عديدة و متنوعة و تشمل مجالات مختلفة ، النفسية منها و العضوية و حتى الاجتماعية . و لكن يبقى التكيف معه في شتى نواحي الحياة هو أنجع الحلول القائمة للتغلب عليه ، و ذلك بمحاولة الفرد المصاب به رصد المعرفة التامة حوله و حول مخاطره و تعقيداته بحيث تمكنه هذه الدراية من بناء إستراتيجية تساعده على مقاومته و التعايش معه.

و من خلال هذا الفصل سوف نتوغل أكثر في المعرفة بهذا الداء، إبتداء من تاريخ إكتشافه و وصولا إلى وضعيته السائدة على المستوى العالمي و المحلي ، مرورا على محطات تساعد في فهمه و التعرف على العوامل المؤثرة في علاجه و الوقاية منه ، و أخيرا محاولة رصد إستراتيجية تساهم في تعايش الفرد المصاب معه.

1 - نبذة تاريخية حول داء السكري:

إن داء السكري من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه، حيث كان شائعا في قديم الزمان ، و كان يسمى " بَوْل " و مع مرور الزمن اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق ، لذا أُضيفت هذه الصفة إلى التسمية الأولى و أصبح إسمه الحقيقي "*البول السكري* Diabète Mellitus" ، و هذه التسمية الأخيرة لاتينية و معناه " الحلو كالعسل " ***(أمين رويحة ، 1973 ص 11).***

و في الحقيقة يرجع أصل هذا الداء إلى سنوات قديمة ، أي منذ 1550ق م ، بحيث ألتمست أعراضه (أو ما سميّ قديما صفاته) من قبل ***هاربس Herbes*** عندما اشترى ورقة البردي المسماة " بردي إبيرز " عند قدماء المصريين، في ***تيبس*** **Thébes** اليونانية ، بحيث احتوت هذه الورقة على صفات مرض تميز ب***لطرح المتزايد للبول*** **Polyurie**. **(Laour.S dans le fascicule de la santé,2006 ;11)**

كما اكتشفه الصينيون منذ القرون الأولى قبل الميلاد ، و قد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا. ***(حامد الهرساني، 1965 ص04).***

و قد وصفت أيضا أعراضه في مراجع طبية عديدة فارسية و يونانية قديمة على لسان العديد من العلماء القدامى. ***(محمد رفعت،1974ص07)***

ثم توالى البحث الحقيقي عن حقيقة هذا الداء ، و الاكتشاف الأوسع عن أعراضه و أسبابه. ففي القرن السابع عشر ميلادي 17م اكتشف **توماس وليس Tomas WILLIS** الطعم الحلو في بول المصاب بهذا الداء ، ثم اكتشف بعدها أن هذا العرض ليس حتمي، و بالتالي استطاع إعطاء تصنيف مبدئي لهذا الداء و ذكر: سكري ذو ارتفاع في نسبة السكر* و سكري ذو انخفاض في نسبة السكر**.

و ابتداء من القرن 18م ، بدأ الباحثان الأنجليزيان ***بول و دوبسون*** **Pool et Dobson** عام 1775 بوضع فكرة تواجد السكر في البول بعين الإعتبار ، و في عام 1797 و مع الإنجليزي ***جون رولو*** **John ROLLO** تمّ و ضع النظريات الأولى الأيضية كما هي

Diabéte sucré *

Hypoglycémie **

مفسرة للسكري في الوقت الحالي و القائلة : "إن السكر المتزايد في البول ينتج عن تحورات غير عادية للغلو سيدات الغذائية من طرف المعدة " **(Laour.S dans le fascicule de la santé,2006 ;11)**.

كما يرجع الفضل إلى ***توماس كاوليي*** **Thomas CAWLEY** في زيادة فهم حقيقة هذا الداء و ذلك باكتشافه لدور البنكرياس في الإصابة به ، حيث نشر ما توصل إليه عام 1788م في جريدة **« London Medical Journal »** ، و ذلك بعد أن أجرى تشريح لشخص مصاب بداء السكري وتوصل إلى وجود عجز واضح لديه في عمل البنكرياس، و هذا ما دفعه للربط بين عجز البنكرياس و الإصابة بالمرض .

ثمّ تجلت أهمية البنكرياس من خلال ***أوسكار مينكووسكي*** **Oscar MINKOWSKI** عام 1889م ، حيث قام هو و ***فون ميرينغ*** **Von Mering** بتجارب مخبرية على مجموعة من الكلاب ، وذلك باستئصال قطع من بنكرياس الكلاب و ترقب الأثار التي يخلفها هذا الاستئصال.

و قد وجدا أن الاستئصال الكامل لغدة البنكرياس يكون سببا في الإصابة المميتة بداء السكري في كلاب تجاربهم، و أنه إذا استأصل 7/ 8 (سبعة أثمان) الغدة البنكرياسية فنسبة السكر في الدم الكلب تترفع و يصاب الكلب إصابة بسيطة بداء السكري ، أما إذا تُرك تسع الغدة فقط فارتفاع نسبة السكر في الدم يكون بليغا، و هكذا عرفت علاقة الغدة البنكرياسية و لا سيما إفرازها الداخلي بالتمثيل الغذائي للمواد الكربومائية.

و بعد عشرين سنه من هذه التجارب و استنادا إلى ما توصلت إليه ، اكتشف ***بول لانجرهانس*** ***Paul LANGERHANS*** و هولا يزال طالب الخلايا الأنسولينية الموجودة بالبنكرياس، و التي أخذت إسمه فيما بعد "الجزر اللانجرهنسية" . **(Bloom .A& Ireland.J ,1981 ;09)**

و قد كان هذا الاكتشاف نصرا عظيما للجنس البشري. و بهذا إنطلق البحث الفعلي لعلاج هذا الداء.

1-1 - إكتشاف أصناف داء السكري:

يرجع الفضل للفرنسي ***إميل لونسيرو*** **Emile LANCEREAUX** عام 1979 في التمييز بين صنفين هامين من داء السكري ،أي بين ما يسمى بالسكري الصِبوي* أوالسكري المتعلق بالأنسولين ، و هو ما سميّ فيما بعد بالسكري نمط1 ، و بين سكري

النضج** أو السكري غير المتعلق بالأنسولين، و الذي يسمى حاليا سكري نمط2 تبعا للتصنيف الحالي.

ففي بداية القرن العشرين 20م ، بدأت تتضح الميكانزمات و الآليات التي تقود إلى معرفة مختلف أنماط و أصناف هذا الداء. فقد كانت الخطوة الأولى هي ما قام به ***سلومون بارسون*** **Salomon BERSON** ***و روزالين يالاو*** ***R*osalyn YALOW** اللذان توصلا إلى إمكان إجراء طريقة الأشعة المناعية*** و تقدير جرعات الأنسولين في البلازما ، هذا التقدير هو الذي أمكن من التمييز بين النمطين الرئيسين السابقي الذكر، بحيث يتميز النمط الأول بخطأ واضح في نسب الأنسولين أما الثاني فيتميز بنقص جزئي فقط منه. **(*L*aour.S dans le fascicule de la santé,2006 ;11)**.

1 -2 - إكتشاف الأنسولين :

لقد تواصل البحث و التقصي عن خفايا المرض ، حيث كان الأطباء عاجزين كل العجز عن مساعدة مرضاهم إلا بالنظام الغذائي الصارم و كان تشخيص هذا المرض نذيرا بالموت أو تخفيض سنوات العمر الباقية. و هذا ما دفع الباحثون في تكثيف جهودهم من أجل بلوغ حلول تمكن من معالجة هؤلاء المرضى.

و بالفعل ففي بدايات القرن العشرين تمّ اكتشاف ما يسمى حاليا بالأنسولين، ففي أوت 1921م و في ***بوخارست*** **Bucarest** توصل الباحث ***بوليكسو*** **PAULEXO** إلى التعرف على هرمون بنكرياسي (يصدر أو تفرزه الغدة البنكرياسية) مخفض لنسبة السكر المتواجدة في الدم ، سماه **Pancréine**.

---

*D*iabète Juvénile *

Diabète maturité **

Radio-immunologique ***

و بعد أشهر قليلة و بالتحديد في ديسمبر 1921 و في ***تورونتو*** **Toronto** الكَنَدِية ، نشر الباحثان الكنديان ***بست Best*** و ***بانتج Banting*** إكتشافهما لهرمون تفرزه غدّة البنكرياس و طبيعته إنقاص نسبة السكر في الدم و أعطياه تسمية أنسولين Insuline و هي التسمية التي بقيت تستعمل إلى الآن، و قد تحصل الباحثان

الكنديان من خلال ما توصلا إليه على جائزة نوبل عام 1923م **(Laour.S dans le fascicule de la santé,2006 ;11)**

و بعدها تضافرت الجهود من أجل استخلاص و تنقية الأنسولين من مستخلصات بنكرياسية ، و بالفعل تحقق ذلك بسرعة عن طريق الكيميائي الكندي **كوليب COLLIP** عام 1922م ، و قد تم أول علاج عن طريق الأنسولين في 11 جانفي 1922م.

بعد هذه الاكتشافات ظهرت بحوث طبية أخرى باكتشافات هامة في مجال داء السكري، منها اكتشاف الأنسولين طويل المفعول الذي خفّض عدد الحقن اللازمة للمريض إلى واحدة فقط في اليوم. ***(حامد الهرساني، 1965 ص 188)***

و بذلك يمكننا اعتبار هذا الاكتشاف (الأنسولين) من الانتصارات العظيمة التي حققها الإنسان و التي أنقذت و لازالت تنقذ حياة الملايين من البشر.

1 – 3- إكتشاف الدواء الفمي لداء السكري:

يتمثل اكتشاف الأنسولين نجاح باهر لعلاج المصابين بداء السكري، و لكن للمصابين بالنمط الأول منه فقط ، أما النمط الثاني فاستوجب بحوث لا تنقص أهمية عن البحوث السابقة التي توصلت للأنسولين والتي ما زالت تبحث.

و بالفعل فقد وصل الباحثون إلى اكتشاف أدوية تُأخذ عن طريق الفم و تكون مضادة للسكري أو بالأحرى مخفضة لنسبة السكر في الدم، و ذلك في النصف الثاني من القرن الماضي، و تسمى الأدوية المضادة للسكري الفمية

ففي عام 1942م اكتشف ***مارسيل جونبون*** **Marcel JAMBON** أن بعض السولفاميدات المضادة للبكتيريا* من شأنها أن تنقص من نسبة السكر في الدم.

---

*Sulfamides antibactériens**

و قد تمّ اثبات ذلك تجريبيا من طرف **أوغست لوباتيار Auguste LOUBATIERS** من 1942-1944 . و من ثمّ تواجدت عام 1956م أوّل سولفاميدات مضادة للسكري و هي:Tolbutamide و Carbutamide حيث تندرج ضمن الإسم العلمي Les Biguanides.

و في عام 1957م ظهرت La Phenformine، كما ظهرت La Metformine عام 1959م

و توالت الأبحاث ، لتظهر عام 2000م مجموعة Les Glinides، و كذا Les Glitazone كنوع جديد من مضادات السكري المتحسسة للأنسولين* التي ظهرت في الثلاثي الثاني من 2001م.

عموما و بالرغم من كل ما توصل إليه العقل البشري من إنجازات و اكتشافات تساهم في المحافظة على حياة المرضى و توفير الأمن الصحي لهم ، إلا أنهم لا يزالون يسابقون الزمن من أجل بلوغ أعلى مستويات الوقاية و العلاج على الصعيد الطبي.

2 ـ تعريف داء السكري:

لقد اشتمل هذا النوع من الأمراض على تعريفات متعددة و مختلفة من حيث المنطلقات المعرفية، لكنها كلها تصّب في المعاني نفسها ، ومن هذه التعريفات ما يلي :

في البداية ، يجب الإشارة بأن كلمة Diabète **كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني "*الإنتقال عَبْرَ* Passer à travers" و هذا يعني أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر بها. **(Pacaud.G,1995 ;11)**

و يعرّف داء السكري بأنه : وصف لأمراض تتميز بأعراض مشتركة ، أهمها التبول الشديد المرتبط عادة بارتفاع نسبة السكر في الدم و ليس انخفاضها ، و تندرج ضمن

---

* Insulinosensibilisateurs

**Diabainen : *الكلمة اليونانية المشتق منها كلمة* Diabète

هذه الأعراض المختلفة ، المسميات المتعددة لأنواع داء السكري. **(LarousseP,1980 ;290)**

و تعرفه المنظمة العالمية للصحة OMS من خلال أول تعريف لها لهذا الداء بأنه: " حالات الإفراط السكري *، و يعني ذلك زيادة معدل الغلوكوز في الدم. وأنه من الأمراض

المزمنة التي تتوقف على عوامل وراثية و يعتبر الأكثر شيوعا ".
.(Pacaud.G,1995 ;12)

كما يعرّف هذا الداء بأنه ذلك المرض الذي يجعل جسم المصاب به غير قادر على هضم الطعام ، و الاستفادة منه كما ينبغي ، فتتراكم بذلك كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة ، و يبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول . كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبدة و الجبن ...الخ دون الاستفادة منها ، كما تتحول كمية من المواد الروتينية من اللحوم و الأسماك إلى سكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات و تجديد الأنسجة التالفة ، ومع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين و الكليتين و الأعصاب و غيرها من الأعراض ، و يرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد و هو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء وظيفتها . ***(أيمن الحسيني ،1988ص07).***

و يعرف أيضا ***جون ستيرن*** **Jean STERNE** السكري بأنه مصطلح يوصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي تكون لها اضطرابات أيضية موّحدة من أصل وراثي أو هرموني ، أين تتحدد طبيعة هذه الأمراض من خلال الوصف الذي يلي كلمة السكري **(Garnier&Delamare,2003;226)** .

كما تخللت معظم التعريفات العلمية لداء السكري الإشارة إلى أنواعه، حيث يزيد ذلك توضيحا له ، و لهذا كان ولابد من الإشارة إليها فيما يلي.

---

*Hperglycém **

3 - أنواع داء السكري :

تعددت تقسيمات هذا الداء و تعددت تسمياتها تبعا للجداول الإكلينيكية المختلفة ، ولكنه يتميز بنوعين رئيسيين هما :

3-1- داء السكري الخاضع للأنسولين* :

في التصنيف الحديث للإخصائيين الفرنسيين عام 1999، تم تسمية هذا النوع "النمط الأول" ، و هذا التصنيف أو التسمية الحديثة ، ظهرت تبعا لمصدر العلة و ليس لنمط العلاج المختلف للسكري

هذا النوع من السكري يصاحب تهدم في الخلايا بيتا للبنكرياس الذي يصاحبه مباشرة و عادة نقص في إفراز الأنسولين. **(Perlemuter.L,Sélan.J&Collin de l hortet.G,2003 ;79)**

و يصيب هذا النوع من المرض الأطفال و المراهقين و الشباب الأقل من أربعين سنة، بحيث يمثل بذلك من 15% إلى 20% من إنتشار الداء ككل ، و قد تصاحبه سوابق مرضية عائلية بنسبة 15%.

(Khalfa.S,Daoud.A,Bouyahia.AS & Arbouche.Z,1999 ;13)

إن المريض بهذا النمط يظهر لديه ، كل من ارتفاع نسبة السكر في دمه و ظهور كمية من السكر أيضا في بوله مع ظهور سم يسمى الأسيتون. ***(ليونارد جاكوت ' 1993 ص 25)*** كما يعتمد علاج مرضى هذا النمط بالحقن اليومي للأنسولين .

3 – 2- داء السكري غير الخاضع للأنسولين**:

هذا النوع من السكري يتميز أيضا بارتفاع نسبة السكر في الدم لكن علاجه لا يستوجب الحقن الدائم بالأنسولين و قد سميّ بالنمط الثاني، لكن بقى هذا النوع من السكري صعب الدراسة ، من ناحية طبيعته مقارنة بالنمط الأول و ذلك لأسباب غير

Diabète Insulino-Dépendan*

Diabète Non Insulino-Dépendant **

معروفة لحد الآن . **(Perlemuter.L,Sélan.J.L&Collin de l hortet,2003 ;145)**

و لكن يبقى هذا النمط من أخف أنواع هذا المرض و هو بسيط و عادة ما يصيب الإنسان في سن متأخرة أي ما بعد الأربعين ، و غالبا ما يسمى سكري الكبار، و هو

يتواجد بنسبة 85% إلى 90% من المصابين بالداء السكري . ***(ليونارد جاكوت، 1993ص250)***

و يتمثل السبب الرئيسي في إصابة الفرد بهذا النوع من المرض هو عجز البنكرياس على إنتاج القدر الطبيعي للأنسولين ، يعني أن نسبة إفراز الأنسولين تكون قليلة، و لهذا فهذا الشخص المصاب لا يحتاج إلى الحقن بالأنسولين و إنما يتطلب علاجه تناول أقراص تكون وظيفتها الرئيسية تحفيز البنكرياس على إفراز القدر الكافي من الأنسولين من أجل تخفيض نسبة السكر في الدم ، و كذا ممارسة الرياضة و إتباع حمية غذائية صحية. و على هذا فإن بول المريض لا يحتوي على الأستون ، و هذا أهم فرق بين نوعي المرض.**(Garnier & Delamare,2003;226)**

و يبقى هذا التقسيم من أهم التقسيمات ، لكن هذا لا يلغي وجود أنواع أخرى ثانوية لهذا الداء تتحدد على حسب طبيعة الأعراض و أسباب الإصابة.

عموما مهما كان نوع السكري الذي أصيب به الفرد ، فهو كغيره من الأمراض تصاحبه أعراض أوجب علينا ذكرها فيما يأتي .

4 - أعراض داء السكري:

إن أعراض و علامات داء السكري كثيرة جدا و لكن أهمها و أكثرها ملاحظة من قبل الإنسان هي العطش الزائد و التبول الكثير و خاصة بالليل ، و كثير من الأحيان لا يظهر على المريض أعراض محددة تدل على المرض ، وقد يُكتشف المرض فقط عند إجراء فحص طبي.

و يمكن تحديد الأعراض و فهمها كالآتي :

-*كثرة التبول* : و ذلك بسبب و جود كمية كبيرة من السكر في البول و التي تؤدي إلى طرح كميات كبيرة من الماء معه.

-*كثرة العطش* : و هذا بسبب طرح كميات كبيرة من الماء في البول.

- *جفاف في اللسان، و الفم، والجلد مع الإعياء و الخمول* : هذا إذا لم يتم شرب كمية كافية من الماء لتعويض الكميات المطروحة في البول.

- *فقدان أو هبوط الوزن*: إن فقدان الوزن يعتبر من الأعراض المبكرة لداء السكري ، فكثرة طرح البول تجعل جسم المصاب يبدأ مضطرا باستهلاك المواد الدُهنية و الشحوم المختزنة في جسمه و لهذا يبدأ وزنه بالإنخفاض.

- *نهم زائد أو الإحساس المفرط بالجوع* بسب إختلال التمثيل الغذائي في الجسم .

ثم تأتي الأعراض التالية التي يجب أن تثير الإهتمام للتقصي عن إحتمال و جود داء السكري :

- *مشاكل الرؤية (زغللة في العين) و ضعف قوة الإبصار.*

- *الحكة و خاصة في منطقة الأعضاء التناسلية* : السكر مادة تساعد على النمو الجراثيم لذلك تكثر الإلتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل الأعضاء التناسلية (خاصة لدى السيدات) و الجلد ، كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في مواقع أخرى من الجسم.

- *التأخر في إلتئام الجروح* و الرضوض عند حدوثها(تقرحات في القدم أكثرها)

- *أحيانا يشعر المريض بالحاجة للتنفس بسرعة*، و كأنه جوعان للهواء (يحصل هذا إذا كانت بعض التفاعلات الكيميائية في الجسم قد أنتجت ما يسمى بالأسيتون الذي يهيج المراكز الموجودة في الدماغ و المسئولة عن تنظيم سرعة و عمق التنفس.

- *مشاكل لها علاقة بالجهاز العصبي*(الأعصاب الطرفية) مثل الإحساس بالتنميل أو الخدر في الأطراف و خاصة الطرفين السفليين و ربما يحدث فقدان الإحساس في باطن القدم.

- *الضعف الجنسي و يكون واضحا عند الذكور.*

- *مولود كبير الحجم* لحد غير طبيعي عند السيدات، أو إسقاطات متكررة عند الحامل دون سبب واضح

- و في بعض الحالات يمكن للمريض أن يأتي بشكوى خناق الصدر بسبب تصلب أوعية القلب والتالي نقص تروية العضلة القلبية ، و كذلك أوعية الدماغ و الجلد ،و هذا قد

يسبب تقرحات جلدية يساعد ارتفاع السكر على تأخر اندمالها. ***(فاروق الزربا ، 2002).***

وأما فيما يخص الأعراض النفسية فنجد القلق و الاضطراب النفسي و الأرق و إنحباط الذاكرة ، حيث يصبح المصاب بداء السكري قلقا جدّا و خائفا . ***(أمين رويحة، 1973ص13)***

عموما تعتبر هذه الأعراض أكثر الأعراض بروزا للمصابين بداء السكري، و التي على أساسها يقوم الفاحص بالتشخيص، ولهذا يستوجب عليه القيام بفحص عيادي شامل يحاول من خلاله تقصي الأعراض السابقة، كالتالي:

ـ *الإستجواب:* يتم البحث من خلاله على العوامل المنشطة أو المحببّة لظهور السكري.

ـ *السوابق المرضية :* هناك أنواع من الأمراض ، يمكنها أن تصيب البنكرياس سواء بصفة مفاجئة أو تطورية ، و في هذه الحالة يصيب السكري الأشخاص المتقدمين في السن و يُحذّر أيضا من حدوث سرطان .

ـ *الإضطربات الأيضية :* هناك أمراض تنتج عن طريق الاضطرابات الأيضية ،فمثلا في حالة البدانة و ما يرافقها من اضطرابات أيضية ، فإنها ترتبط إرتباطا وثيقا ، إحصائيا و وراثيا بالسكري . لكن هذا لا يمنع من وجود أشخاص يعانون من البدانة من غير الإصابة بداء السكري.

ـ *الصدمة :* يمكن للصدمة النفسية الشديدة أن تساهم في ظهور السكري و ذلك لما تمارسه الإنفعالات الشديدة و القوية من تأثير على العضوية .

ـ *تعاطي بعض الأدوية :* تساهم أدوية عديدة في التأثير على البنكرياس ، مما يولد لدى الشخص ، أعراض تشابه بالسكري و التي يتماشى تأثيرها تدريجيا على عضوية الفرد، لتكسبه الداء الحتمي.

ـ *السوابق الولادية:* تعتبر الولادة من العوامل المهمة و الملازمة لإكتشاف أو ظهور السكري ، و لهذا يجب التحذير دائما من بعض السوابق الولادية كالحالات التالية :
ـ الالتهابات الولادية العفوية و المتكررة.
ـ ولادة طفل يزن أكثر من 4 كلغ.

- بعض حوادث ولادة الطفل (كالطفل الخديج مثلا)، أو نقص في نسبة السكر خلال الولادة أو نقص الكلسيوم.

- ***السوابق العائلية :*** البحث في هذه السوابق يُمَكِن من تقدير خطر إمكانية وراثة السكري و بعض الأمراض الأيضية التي عادة تكون مصاحبة له. و بالبحث في العرق و الأصل لداء السكري ، قد يُمكّن من التعرف على نمط (نوع) هذا الداء أيضا.

(Perlemuter.L,Sélan.J.L&Collin de lhortet ,2003 ;70)

ومن خلال تعرفنا على أعراض داء السكري و كذا كيفية تشخيصه، لابد علينا الإطلاع على مضاعفاته أيضا ولو بصورة بسيطة، في ما يلي:

5 - مضاعفات داء السكري :

تكمن مشكلة داء السكري أساساً فيما تسببه من مضاعفات على المدى البعيد، وينفرد داء السكري بين الأمراض الشائعة بأن مضاعفاته تكاد تشمل جميع أنسجة الجسم وأعضائه المختلفة.

ولو أمكن للمصاب أن يتقي حدوث هذه المضاعفات فإن مرضه قد لا يعني شيئاً. وسبب حدوث هذه المضاعفات بصفة عامة هو ارتفاع مستوى السكر بالدم، وزيادة تركيزه في الأنسجة لفترات طويلة من العمر. وكلما طالت مدة هذه الفترات زادت فرصة حدوث مضاعفات. ولذلك فإن الوقاية من مضاعفات السكر تتمثل بالسيطرة على مستوى السكر في الدم لأطول فترة ممكنة من العمر.

إذن يعتبر الارتفاع المستمر للسكر بالدم هو المشكلة الأساسية للعديد من المضاعفات المصاحبة لداء السكري وقد أوضحت العديد من الدراسات أن المحافظة على مستويات مثالية لسكر الدم عن طريق تناول الأدوية والحمية الجيدة بالإضافة لممارسة الرياضة بانتظام (حوالي 150 دقيقة / الأسبوع) تساعد على الوقاية أو بمعنى أدق تأخير مضاعفات داء السكري بنسب تصل إلى 76% لأمراض العيون وحوالي 60% لأمراض الكليتين وتلف الأعصاب كما أن قصور الشرايين التاجية قد انخفض بنسبة 35% مقارنة بهؤلاء الذين لا يهتمون بالحفاظ على مستوى مثالي للسكر بالدم .

(زينب عز الدين ،2006).

*** لماذا تحدث المضاعفات ؟***

- تحدث المضاعفات عادة من جراء نقص إفراز هرمون الأنسولين الذي سوف يؤدي إلى زيادة نسبة الجلوكوز بالدم ومن ثم يتحول كيميائياً إلى مادة سامة للأنسجة تسمى *السوربيتول* كما أن زيادة نسبة السكر ترفع أيضا من معدلات إرتباط الجلوكوز بالبروتينات المكونة لخلايا الجسم المختلفة (تسكر البروتين) مما يؤدي إلى خلل في عمل هذه الخلايا ومن ثم اعتلال القلب والكليتين والعيون وغيرهم . ***(زينب عز الدين،2006).***

عموما فإن مضاعفات داء السكري متعددة و تمس جميع الأنسجة المتواجدة بجسم المعتل كما سبق و إن ذُكر ، و من بين هذه المضاعفات ما يأتي:

5-1 - مضاعفات القلب و الأوعية الدموية :

إن المصابين بالداء السكري ترتفع لديهم نسبة الإصابة بأمراض القلب كقصور الشرايين التاجية وضعف عضلة القلب إلى أربع مرات، كما أن خطر الإصابة بالسكتات الدماغية تصل إلى خمس مرات مقارنة بغير المصابين بداء السكري والسبب الرئيسي لهذه الزيادة هو تصلب الشرايين وضعف وصول الدم محملاً بالأكسجين إلى الخلايا الحيوية نتيجة انسداد الأوعية الدقيقة نظراً لارتفاع شحوم الدم مثل الكوليسترول والدهون الثلاثية كما أن داء السكري يؤثر على الصفائح الدموية التي تلعب دوراً أساسياً في تجلط الدم فتزيد من فرص جلطات القلب والمخ، إذن فإن تصلب الشرايين من المضاعفات الرئيسية لمرضى السكري خاصة تصلب شرايين القلب ، و ما يترتب عليه من أزمات قلبية كالذبحة الصدرية. ***(أيمن الحسيني،1988ص21)***

وقد وجد أن أكثر من 60% من المصابين بداء السكري النوع الثاني يعانون بعد فترة من ارتفاع ضغط الدم كما أن ارتفاع ضغط الدم في النوع الأول لداء السكري هو دلالة مباشرة على تلف الكليتين وتتضاعف فرص الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في حال مصاحبة ارتفاع ضغط الدم مع داء السكري. ***(زينب عز الدين، 2006)***

5 -2 - إضطرابات الكلى :

تعمل الكليتان على تخليص الجسم من المواد الضارة فقط، في حين تمنعان مرور المواد المفيدة . وفي حال ارتفاع السكر في الدم فإنه يمر عبر الأوعية الدموية

المسئولة عن عملية الترشيح والفلترة مما يؤدي إلى ترسب السكر بها فتصبح صلبة ومع مرور الوقت تختل عملية الفلترة فتسمح بمرور بروتينات لم يكن مسموحاً بمرورها من قبل وتتوقف عن ترشيح مواد كان يجب التخلص منها ويترتب على ذلك حدوث الفشل الكلوي لاحقاً .

بهذا يعتبر إضطراب الكليتين من أهم مضاعفات الداء السكري التي يصاحبه أعراض معينة : كلزوجة البول بسبب خروج كمية من البروتينات ، و إحساس عام بالتعب و الإنهاك. ***(أيمن الحسيني،1988ص13و14)***

5 -3 - مضاعفات البصر :

مرضى داء السكري هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض العيون مثل الكتاركت أو المياه البيضاء وذلك لأن ارتفاع سكر الدم يؤدي إلى ترسب السكر ببروتين العدسة المسئولة عن الرؤية ويسبب تعتيمها مبكراً مقارنة بهؤلاء غير المصابين بداء السكري، كما أنهم عرضة للإصابة بالمياه الزرقاء أو الجلوكوما (ارتفاع ضغط العين) نظراً لضيق أو انسداد القنوات لسائل داخل العين الأمامي .

أما مرض ضعف الشبكية فهو من المضاعفات الخطيرة ويعتبر السبب الأول لفقدان البصر في الولايات المتحدة الأمريكية في حال عدم السيطرة على سكر الدم. وقد لوحظ أن الإرتفاع المستمر للسكر بالدم يقلل من نسبة الأكسجين اللازمة لعمل الشبكية مما يضطرها لصنع شرايين جديدة ولكنها للأسف تكون ضعيفة وعرضة للنزف داخل السائل الزجاجي ومن ثم تكون الندبات والتليّف بالشبكية . ***(زينب عز الدين ، 2006).***

5 - 4 - تلف الأعصاب:

إن مستويات سكر الدم المرتفعة يمكن أن تؤذي الأعصاب إما مباشرة أو عن طريق الحد من تدفق الدم الخاص بها مما يؤدي إلى التهاب الأعصاب .

وهناك أنواع متعددة لالتهاب الأعصاب فمنها الطرفي فيصيب الأطراف بصورة متماثلة باليدين أو القدمين فيشعر المريض بالتنميل أو بالآلام أو بفقدان الإحساس ، و ذلك عندما تبدأ كميات من السكر أو المركبات السكرية في التجمع داخل العصب، مما يؤدي إلى تضخمه و إختلال وظيفته. ***(أيمن الحسيني،1988 ص17).***

ومنها ما يصيب المعدة والأمعاء فيكون سبباً لبطء حركتها وينتج عنه إحساس بالشبع مع قيء أحياناً أو إمساك و إسهال متناوب .

أما إذا أصيب العصب المسئول عن المثانة والجهاز التناسلي فإن المريض قد يعاني من عدم القدرة على التحكم في التبول أو في التفريغ الكامل للمثانة بالإضافة

للاضطرابات الجنسية ***. (أيمن الحسيني، 1988 ص 17).***

5 -5 - اضطرابات الجهاز المناعي:

إن الارتفاع الشديد لمستويات السكر بالدم تؤدي إلى ضعف جهاز المناعة المتمثل في كريات الدم البيضاء بأنواعها المختلفة وبالتالي تزداد فرص الإصابة بالأمراض .

فمن المعروف أن كرات الدم البيضاء هي المسئولة عن مهاجمة البكتريا والفيروسات والفطريات التي تسبب العدوى ولكن زيادة نسبة السكر بالدم يضعفها ويجعلها غير قادرة على حماية الجسم كما أن هذه الزيادة تنشط الميكروبات وتقويها على مهاجمة جسم الإنسان في أجزاء كثيرة مثل :

أ - القدمان :

إن مشاكل القدمين لها أهمية خاصة بالنسبة للمصابين بداء السكري بسبب ضعف الدورة الدموية لديهم أو تلف أعصاب الأطراف ، كما أن مرضى داء السكري يصابون بالعدوى التي تظهر غالباً في القدمين فحتى القرح الصغيرة يمكن أن تتحول إلى مشكلة خطيرة بسبب سوء انتظام السكر بالدم، و التي تتطور شيئا فشيئا ، لتصبح تشكل أكبر خطر على الأطراف و هو مرض الغرغرينا أو الآكال ، معناه موت الجزء الذي تعرض في البداية لقرح بسيطة و يستوجب في هذه الحالة بتر ذلك الجزء المصاب. ***(خالد ادريس ، 2007)***

ب - الجلد :

عندما لا تتم السيطرة على مستوى الجلوكوز بالدم فإن الجسم يتخلص من السكر الزائد عن طريق التبول ومعه كمية كبيرة من السوائل مما يسب جفاف الجلد وهذا يجعله أكثر عرضة لالتهابات الجلد وللحكة مما يؤدي إلى بقع في أماكن الارتكاز كالأرداف والركبتين والكوعين ويعتبر الحفاظ على مستوى دقيق للسكر بالدم هو الحل الأمثل ضد جفاف الجلد ***. (زينب عز الدين ،2006)***

ج - الفم :

إن داء السكري يمكن أن يسبب أمراضاً حادة في اللثة والتهابات صديدية بالأسنان للصغار والكبار وذلك لأن ارتفاع معدلات السكر بالدم يجعل اللعاب أيضاً غني بالسكريات فيكون الفم عرضة أكثر للبكتريا المسببة لالتهابات اللثة والأسنان، ومتى بدأ التلوث فإنه من الصعب محاربته. ***(زينب عز الدين ،2006).***

عموما فإن هذه المضاعفات ، يختلف ظهورها من شخص إل آخر كما تختلف درجتها كذلك لعدّة عوامل ، حيث أن ظهورها يتعلق بشكل كبير بسن المصاب و جنسه، و كذا درجة تقبله لمرضه و الرضوخ لنصائح الطبيب التي تحثه دوما على المحافظة التامة على صحته، واستيعاب العوامل التي أدت إلى تعرضه لهذا المرض.

إذن من المهم جدا على أي شخص أن يتعرف على العوامل المؤدية لهذا المرض ، و قد يكون هذا جانب من جوانب الوقاية منه .

6 - العوامل المساعدة على ظهور داء السكري:

قد لا يخلو مجلس إلا ويتطرق أحد المتحدثين للكلام عن داء السكري وما سببه هذا الداء من مضاعفات ومشاكل صحية كبيرة. ونظراً لأنه من الأمراض المتشعبة ويحتاج إلى صفحات كثيرة لإستيفاء الحديث عنه. فسوف نحاول قدر الإمكان الإجابة على ما يجول في خاطر مريض السكري بشكل خاص وكذلك الكثير من الناس الذين أصبح شبح السكري يسبب لهم الكثير من القلق والخوف ويثير في ذهنهم الكثير من التساؤلات عن احتمال إصابتهم به ، و العوامل التي قد تساعد على ظهوره .

عموما فقد تعددت أبحاث و دراسات الباحثين حول السبب الرئيسي لظهور هذا الداء، حيث أن ظهوره يكون دوما فجائيا دون سابق إنذار ، و في أي سن ، لكن في نفس الوقت أكدّت هذه الدراسات تواجد عوامل من شأنها توليد و تفاقم الإصابة بهذا الداء، و أهمها ما يلي:

6 - 1 - الوراثة :

إن معظم البحوث و الدراسات تؤكد على وراثة هذا الداء ، لكنها تجهل طريقة توارثه، حيث أن هذه الطريقة لا تزال غير مفهومة تماما، كما أن لا أحد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع إنتقال هذا الداء إلى أبناء المصاب ، و يرى بعض العلماء أن ما يتم توارثه هو القابلية أو الاستعداد لهذا الداء الذي قد لا يظهر بناءا على العوامل الأخرى للمرض.
(أيمن الحسيني ،1988 ص08)

و يرى البعض الآخر من العلماء أن وراثة هذا الداء تخص النمط الأول فقط دون الثاني ، و لكن البحوث الأخيرة في الجزائر أكدّت أن عامل الوراثة للنمط الثاني موجود أيضا و بنسبة40% و في حالة التوائم المتشابهة 100%.
(Khalfa.S,Daoud.A,Bouyahia.A.S& Arbouche.Z,1999 ;13)

إذن يمكن القول أن داء السكري أو بالأحرى الإستعداد له وراثي ، ينتقل عبر الأجيال ، فإذا إتبعنا الأجيال السابقة للمصاب بهذا الداء، نجد أن أشخاص من هذه الأجيال كانوا مصابين أيضا. ***(أمين رويحة،1973 ص 09)***

6 - 2 - البدانة:

لقد أثبتت علميا أنه توجد علاقة وطيدة بين البدانة و داء السكري ، حيث لوحظ أن هذا الداء يصيب السمان أكثر من النحاف، فهناك إحتمال أن زيادة تناول السعرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من مقدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس و التي تسمى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور داء السكري.***(أيمن الحسيني ،1988 ص 08)***

و قد كشف علماء بريطانيون مؤخرا عن وجود علاقة مباشرة بين البدانة ومخاطر الإصابة بأحد أنواع السكري، حيث توصل هؤلاء الباحثون في كلية الطب في جامعة

أوكسفورد إلى اكتشاف جين أطلق عليه اسم" FTO" لدى دراسة الاختلافات الجينية بين الأشخاص الذين يعانون من السكري والأشخاص الذين لا يعانون من المرض ذاته. وتبين للباحثين أيضا أن الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من المرض (أي السكري) لديهم نوع خاص من جين " FTO "الذي له علاقة مباشرة بالبدانة.

وتؤكد نتائج الدراسة كذلك أن الشخص الذي يحمل أحد نماذج ذلك الجين تزيد مخاطر الإصابة بالبدانة لديه بنسبة حوالي 30% مقارنة مع الأشخاص الذي ليس لديهم الجين ذاته، أما الشخص الذي يحمل النموذجين معا فيرتفع احتمال الإصابة بالبدانة لديه إلى70%، وتبين أن وزنهم يزيد بمعدل ثلاثة كيلوجرامات مقارنة بالأشخاص العاديين. ***(أنجيلا ويلسون،2007).***

6 - 3 - إصابة البنكرياس:

البنكرياس عضو فريد يقع في أعلى البطن من جسم الإنسان وقريبا من المعدة، ويحتوي على غدد قنوية تعرف باسم الغدد النسخية، تفرز عصارة البنكرياس في الاثني عشر، وتحتوي هذه العصارة على أنزيمات لهضم الطعام، كما يحتوي البنكرياس على غدد صماء تعرف بجزر لانجرهانز المكوّنة من خلايا بيتا التي تفرز هرمون الأنسولين الذي ينظم السكر في الدم، وتحتوي أيضا على خلايا ألفا و التي لها مفعول معاكس ، إذ أنها تفرز هرمون glucagon معاكس لمفعول الأنسولين.

و بالتالي فأي خلل في عمل البنكرياس من جراء إصابتها سواء من خلال تعاطي الأدوية أو جراحة، يؤدي إلى عدم تنظيم نسبة السكر في الدم و بالتالي يترتب عليه إضطربات في الإستحالة الغذائية و لاسيما للمواد الكربومائية فترفع كمية السكر في الدم و يظهر أيضا في البول ، إذن فنقص إفراز الأنسولين لسبب من الأسباب يرفع نسبة السكر في الدم التي ينتج عنها عدم قدرة باقي أنسجة الجسم على إستساغتها ، و هكذا نكون بصدد الإصابة الفعلية بداء السكري. ***(عايدة الدغيثر ،2003)***

فضلا عن أن إصابة الغدد الصماء الأخرى و التي تفرز إفرازا داخليا في الجسم كالغدة النخامية و الغدة الدرقية من شأنها تعريض الفرد لداء السكري جراء الاضطرابات في إفرازها و ما تسببه من خلل في عضوية فرد. ***(حامد هرساني، 1965 ص 44، 43)***

6 - 4 - السن (العمر):

يصيب السكري عادة كافة الأعمار والطبقات الاجتماعية، ولكن فرصة حدوثه تزداد مع تقدم العمر وخصوصا عندما يتجاوز الإنسان عمر (45) سنة.
كما تتساوى نسبة الإصابة تقريبًا لكلا الجنسين (الذكر والأنثى) حتى سن البلوغ، وتزداد هذه النسبة عند النساء لتصل إلى أكثر من مرتين بالنسبة للرجال بين سن (35-65) سنة.
وقد يحدث نوع مختلف من السكري لدى النساء أثناء فترة الحمل يسمى (سكري الحمل) وهذا النوع قد يتحول إلى النوع الثاني بعد عدة سنوات. ***(حامد الهرساني،1965 ص 44).***

6 -5 - الصدمات النفسية :

لا شك أن للانفعالات النفسية في بعض الحالات ، تأثيرا باعثا للإصابة بداء السكري، هذا إن وُجد الإستعداد الفعلي له، حيث بدون هذا الإستعداد لا يمكن للعوامل النفسية ، كالقلق و الخوف و غيرها أن تسبب الإصابة بالسكري، و إلا لأصبح هذا الداء منتشر

بين الجميع .

فضلا عن أن أكثر المصابين بهذا الداء يزعمون أن المرض عندهم ظهر عقب تعرضهم لهزة نفسية ، لكن في الواقع أن الإصابة كانت كامنة عندهم من قبل تعرضهم للهزة النفسية ، و أن الهزة زادت الأعراض تفاقما فقط. ***(أمين رويحة ،1973 ص11).***

عموما و من خلال تطرقنا لأهم العوامل المساعدة في ظهور داء السكري، نكتشف أن هذا الداء وراثي كصفة مقهورة أو قاهرة، لذلك يجب أخد الحيطة و الحذر من جميع العوامل المؤدية إليه، أما في حالة الإصابة فيجب على الفرد المصاب إتباع تعليمات الطبية على أحسن وجه، و لذلك سوف نلقي الضوء على كيفية علاج السكري.

7 - علاج داء السكري:

إن السكري مرض مزمن يصيب الفرد ويستمر معه طوال الحياة ومعنى هذا أنه يحتاج إلى استمرارية العلاج والمتابعة الطبية ، فداء السكري ليس كغيره من الأمراض المعتادة فإنه لا يصيب عضوا أو جزءا فقط من أعضاء الجسم وإنما يصيب ويؤثر تأثيراً سلبياً على كل أعضاء الجسم بداية من الجلد ونهاية بالعظم.. مروراً على كل الأنسجة والأجهزة من قلب وأوعية دموية وأعصاب وعضلات وكلى.. فمريض السكري إذن زائر لكل الأطباء حتى الطبيب النفسي .

ومن هنا تأتى الأهمية الصحية لداء السكر.. فهو مرض ككل الأمراض والوقاية منه والعلاج المبكر له هما وقاية من مضاعفات كثيرة من أهمها فقدان النظر وجلطات القلب والأزمات القلبية والفشل الكلوي.. وكذلك حماية للأطراف والأصابع من الإصابة بالغرغرينا التي كثيراً ما تنتهي بالبتر وبالتالي فإنه ليس قضية صحية فقط بل أيضا قضية اجتماعية تحتاج إلى مواجهة من الاجتماعيين والمهتمين بالسلوك الإنساني الاجتماعي .

و تجدر الإشارة أن قواعد العلاج في حالة داء السكري ثابتة و متفق عليها بين جميع أطباء العالم عند علاج المصابين مع اختلاف بسيط حسب كل حالة مرضية .

و يمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يرتكز عليها العلاج فيما يلي :

7 - 1 - العلاج بالأنسولين :

يعتبر فقر الأنسولين أو عوزه بالدم سببا مباشرا في ظهور داء السكر . لأن وظيفته الأساسية إدخال السكر بالخلايا و الأنسجة والعضلات والمخ والأعصاب . ويستهلك عادة السكر الزائد بالدم عن المعدل الطبيعي خلال ساعتين. والأنسولين لا يؤخذ بالفم (حاليا يوجد إستنشاق) ولكنه يؤخذ كحقن. ويوجد منه الأنسولين قصير أو متوسط أو طويل أو ممتد المفعول ، وأحسن مكان يمتص منه الأنسولين الحقن في البطن . لأن حقنه بالذراع أو الفخذين مع الحركة يمتص بسرعة. ***(Rother , 2007).***

إن كمية الأنسولين التي تحقن لمعالجة داء السكري يحددها الطبيب وفقا لكل حالة ، لذلك يجب على المرضى إتباع أوامر الأطباء فيما يخص أوقات الحقن و كذا الكميات العلاجية المقدمة لهم.

و لكي يستخدم هذا الدواء المذهل إستخداما فعالا و صحيحا يجب أن تحدد بعناية الجرعة اللازمة للعلاج، و التي يجب أن تتماشى مع نسبة السكر في الدم التي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله و بمقدار ما يبذل من نشاط جسماني ، بحيث يجب أن تكون نسبة الأنسولين في الدم عالية متى كانت نسبة السكر في الدم عالية، و أن تكون نسبة كل منهما منخفضة في نفس الوقت ، و هذا يتطلب أن يكون المريض على اتصال دائم بطبيبه من أجل تحقيق نظام محكم للعلاج بهذا الدواء. ***(الأيمن الحسيني،1988 ص 24)***

7 -2 - العلاج بالأقراص:

إن علاج داء السكري عن طريق تعاطي الأقراص الطبية التي تأخذ عن طريق الفم، يختص بالسكري من النمط الثاني ، أي السكري غير الخاضع للأنسولين ، إذ أن عمل هذه الأقراص الأساسي هو إثارة هرمون الأنسولين الكامن في غدة البنكرياس، حيث أن الأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين السمان أو الذين هم في سن الشيخوخة. ***(أمين رويحة،1973ص30)***

و يمكننا ذكر بعض الأقراص المخفضة للسكر و فعاليتها كالتالي:

- ***سلفونيل يوريا: كالدايميكرون والدوانيل*** تزيد معدل الأنسولين بالدم وتعطى للمرضى الذين ليس لديهم أجسام كيتونية بالبول. وقد يصاحبها زيادة في الوزن . ولا تفيد مع مرضى السكر من النوع الأول . ولا تستعمل مع الأطفال أو في حالة الإرتفاع الشديد في

السكر أو في حالة غيبوبة السكر . ويفضل أقراص ***جليكيدون*** للذين لديهم مشاكل في الكلي لأنها لا تفرز عن طريقها . ومن تأثيراتها الجانبية ولاسيما في حالة الصيام خفض معدل السكر والشعور بالإهتزاز والعرق والإرهاق والجوع والإضطرابات وقد تظهر بعض الحساسية والهرش و لكن لا يوقف الدواء .

- أقراص ***ميتوفورمين :(سيدوفاج)*** ،ويفضل إستعمالها لدى مرضى السكر البدينين بعد فشل رجيم الغذاء والرياضة في التخسيس . وتعمل على إقلال مقاومة الخلايا للأنسولين ولا تقلل إفراز الأنسولين من البنكرياس ولا تسبب ظهور غيبوبة نقص السكر وإنما تقلل الدهون بالدم كما تقلل إنطلاق الجلوكوز من الكبد أو إمتصاصه من الأمعاء . وآثاره الجانبية فقدان الشهية والشعور بطعم معدني بالفم والغثيان والقيء وآلام بالبطن والإسهال . وهذه الآثار تقل مع الوقت .

- ***ثيازوليد بتديونات*** : منها أقراص ***تروجليتازون*** التي تزيد من حساسية الأنسولين . فتساعد الأنسجة والعضلات على أخذ الجلوكوز من الدم . وتقلل كمية الجلوكوز التي يصنعها الكبد من الجليكوجين ويحسن مقاومة الخلايا للأنسولين . وآثاره الجانبية ظهور إنخفاض في السكر .

- ***ألفاجلوكوزيداز*** : كأقراص (***أكاربوز***). وهي تقلل تأثير عمل الإنزيم المسئول عن تكسير السكر والنشويات أثناء الهضم وتحويلها إلي جلوكوز يمتص بالأمعاء . لهذا يؤخذ قبل الأكل مباشرة ليقلل إمتصاص السكر من الأمعاء . ولهذا تقلل جرعات أدوية السكر.***(خالد عبد الله طيب،2007)***

7 -3 - الحمية الغذائية:

و نعني بها وضع خطة لنوعية و كمية الأغذية المختارة و زمن تناولها ، و الغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علاجا مثاليا للسكر في بعض الأحيان ، حيث يراعى في هذه الوجبات سن المريض، وزنه، كمية الأنسولين الموجودة لديه و عمله اليومي أي نشاطه الجسمي و الأطعمة المفضلة لديه.

و من مميزات النظام الغذائي ، المحافظة على الحالة الطبيعية لنسبة السكر في الدم و الدهون، وبذلك تمنع ظهور مضاعفات المرض . كما أن دور النظام الغذائي يتمثل في السيطرة على الحالة المرضية للمريض، فإذا كان هذا الأخير يستعمل الأنسولين فيجب أن يعمل هذا النظام بجانب الأنسولين من أجل الحفاظ على النسبة العادية للسكر في الدم بعد تناول الوجبات، بالإضافة على ذلك يجب أن تتضمن هذه الحمية الغذائية للمصاب عدم التعرض للغيبوبة السكرية مهما كان نوعها، بالإضافة على ذلك يجب أن يتمتع المريض

بالطاقة اللازمة لأداء عمله اليومي بفضل الأغذية. *(أيمن الحسيني، 1988 ص43و44).*

و من أجل نجاح هذا النظام الغذائي يجب أن تحدد كمية السعرات الحرارية التي يحتاجها الفرد و كذلك المواد الغذائية التي تشمل وجبة الطعام اليومية من مواد كربوهيدراتية والبروتينية و الدهنية و كذلك الفيتامينات و المعادن. *(أيمن الحسيني، 1988ص49).*

7 - 4 - الرياضة:

إن الاعتقاد بأن الحمية الغذائية وحدها كافية في معالجة داء السكري، اعتقاد خاطئ، حيث يمكن أن تؤدي الحمية الغذائية المتشددة إلى آثار ضارة، إذا لم تقترن بنشاط جسماني مبرمج. ولذا فإن ممارسة النشاط الجسماني المدروس هو أحد أركان معالجة داء السكري.

و لهذا فإن للرياضة دور كبير في الخطة العلاجية لمرضى السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر بالدم وتنشيط الدورة الدموية والمحافظة على الوصول إلى الوزن المثالي للمريض مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة لداء السكري والأمراض المصاحبة له مثل: اختلال الدهون وارتفاع ضغط الدم إضافة إلى ذلك فإن مزاولة التمارين الرياضية يؤدي إلى زيادة الإحساس بالصحة العامة والراحة النفسية وتحسن المظهر العام للمريض.

وينتج تأثير الرياضة بشكل رئيسي من خلال استهلاك قدر أكبر من السعرات الحرارية والأداء الأفضل للأنسولين الموجودة بالجسم، فعند ممارسة الرياضة يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي وبالتالي زيادة استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فينخفض معدل إطلاق السكر منها.
و لكي يتمكن مريض السكري من الاستفادة القصوى من التمارين الرياضية دون حدوث مضاعفات فلابد أن يكون ذلك جزءاً من برنامجه العلاجي وتحت إشراف الفريق الطبي المعالج. *(أمين رويحة،1973 ص12).*

و تأكيدا على أهمية الرياضة فقد أكدت دراسة حديثة أن التقيد بحمية غذائية وممارسة بعض التمارين الرياضية أكثر فاعلية من الأدوية في معالجة داء السكري . فقد طلب

الباحثون من 3234 شخصاً تتراوح أعمارهم بين 25 و 85 سنه يعانون من فرط ارتفاع نسبة السكر في الدم بتغيير نمط حياتهم عن طريق إتباع حمية و ممارسة بعض التمارين الرياضية ، أو بإعطائهم دواء (لميتفورمين) ، وتبين أن المشاركين الذين اتبعوا الحمية الغذائية و مارسوا التمارين الرياضية شهدوا إنخفاضاً في معدل السكر في الدم بنسبة 58% . لكن المتطوعين الذين تناولوا (الميتفورمين)، وهو دواء يعمل على خفض نسبة سكر الدم ، سجلوا انخفاض السكر بنسبة 31 . %.(***عايدة الدغيثر،2003).***

في الختام يمكن التأكيد على المثل "الوقاية خير من العلاج" من أجل تحقيق السعادة الحقيقية للجسم ، و إن حصل المرض تبقى الوقاية ضرورية لتفادي مضاعفاته، وذلك بالخضوع لنمط علاجي مثالي.

8 - وضعية داء السكري:

إن داء السكري من الأمراض التي لاقت اهتماما كبيرا منذ الأزل ، نتيجة لما يحمله في طياته من تغيرات تمس جميع الخصائص الحياتية و النفسية للفرد المصاب به، و ما يمارسه أيضا من تحدي بالنسبة للصحة العمومية، بحيث تجلى الاهتمام الفعلي به في مكافحة مضاعفاته من خلال التثقيف الصحي للأفراد و كذا الحث على العلاج بالنسبة للمصابين به ، كل هذا من أجل تفادي عواقبه الوخيمة التي قد توصل إلى الموت الحتمي ، و لهذا أردنا إلقاء نظرة حول وضعية داء السكري في العالم ، وكذا في الجزائر .

8 - 1 - وضعية داء السكري في العالم:

على الرغم من التقدم الكبير في مجال داء السكري، وتعاظم الآمال في تطوير سبل العلاج، إلا أن هذا الداء، الذي يعتبر السبب الرابع للوفاة في العالم، لا يزال يهدد سنويا ملايين البشر كونه يسبب 4 ملايين حالة وفاة سنويا.***(تغريد عبد الله ،2008 ص08)***

و لقد جاء في التقرير السنوي للمنظمة العالمية للصحة ، حول الصحة في العالم لسنة 1995م على أنه يوجد بالعالم أكثر من 100مليون شخص يعاني من داء السكري، وأن هذا العدد سيبقى مرتفع إلى نهاية القرن، أي بحلول عام 2000م، و من بين هذا العدد نجد 85% إلى 90% من نوع داء السكري غير الخاضع للأنسولين(النمط الثاني)، و أن الأشخاص المسنين و المقيمين في المدن هم الأكثر استعدادا للإصابة بهذا النوع .

(OMS ,1995 ;19)

وتقدر منظمة الصحة العالمية عدد مرضى السكري في العالم حاليا بنحو 177 مليونا، ومن المتوقع أن يرتفع عدد المصابين بالسكري إلى 300 مليون بحلول العام 2025. ***(تغريد عبد الله، 2008 ص 08).*** و تخص بالذكر أن أغلبية المصابين بداء السكري في الدول المتطورة في سنة 2025م سيكونون من فئة 65 سنة و أكثر، و هذا في فئات السن الأكثر إنتاجا ، من 45 إلى 64 سنة، و سيكونون أكثر عددا في الدول النامية. **(OMS,1999 ;01)**

إن هذا الإرتفاع المحسوس في عدد حالات داء السكري ، يوضح لنا خطورة الداء و مدى إنعكاسه على مستوى الفرد و المجتمع ، و يعود سبب هذا الإرتفاع بالدرجة الأولى إلى التغيرات التي حصلت على مستوى نمط المعيشة ،التي عرفها الإنسان، و هي الانتقال من نمط معيشي تقليدي إلى نمط معيشي حديث، مع زيادة التحضر ، انعدام الحركة و التمارين الرياضية و غيرها من العوامل التي لها تأثير على الإصابة بداء السكري.

و لهذا يعد انتشار معدلات داء السكري في دول شرق البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط من أعلى المعدلات في العالم. وتمتد هذه المنطقة الشاسعة من باكستان شرقاً إلى المغرب غرباً ويقطنها خليط من عدة مجموعات عرقية مختلفة. ووفقاً للتوزيع السكاني لهذه المنطقة فإن نحو 50% من قاطنيها هم من الشباب الذين لم يبلغوا عامهم العشرين بعد. ولقد أثرت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي وقعت في العالم خلال العقود الثلاثة الماضية على غالبية هذه الدول، ومن بينها مظاهر التقدم والتحضر وانخفاض نسبة الوفيات وارتفاع متوسط العمر المتوقع لقاطني هذه المنطقة .

وقد أدى التطور والنمو الاقتصادي السريع في هذه الدول وخاصة بين الدول الأكثر ثراء والمنتجة للنفط إلى تغييرات سلوكية أثرت على أسلوب الحياة مما ساهم في تخفيض معدلات النشاط البدني وتغيير العادات الغذائية مما أدى إلى السمنة، إلى جانب انتشار عادة التدخين وزيادة عدد المدخنين في هذه الدول بشكل واضح وكبير،وبهذا أدى التغير المفاجئ في النمط المعيشي في دول شرق البحر البيض المتوسط والشرق الأوسط إلى تفشي داء السكري، وتسبب كذلك كبر عمر الكثيرين من سكان هذه الدول إلى جانب التغيرات الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرات الغربة لدى بعض المقيمين فيها إلى زيادة كبيرة في انتشار داء السكري.

وأوضحت الدراسات أن معدل انتشار داء السكري في ست من هذه الدول وهي الإمارات العربية المتحدة والبحرين والكويت والسعودية ومصر وعمان من بين أعلى 10 دول في

العالم، والوضع ذاته ينطبق على هذه الدول لجهة ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم وهي مرحلة تسبق الإصابة بداء السكري مباشرة.

ووفقاً للمنظمة الدولية لداء السكري، فإن عدد المصابين بداء السكري ما بين 20 و79 عاماً سيرتفع من 5 .24 مليون مريض في عام 2007 إلى 5 .44 مليون مريض في عام 2025 بل ما هو أكثر من ذلك، وإن عدد المعرضين لارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم سيرتفع من 4 .22 مليون مريض إلى 6 .38 مليون مريض في الفترة ذاتها. ***(عايدة الدغيثر ،2007).***

كما يجدر الذكر أن منظمة الصحة العالمية ، أبرزت في تقاريرها أن نسبة انتشار داء السكري مرتفعة في الدول النامية دون المتقدمة ،حيث أكدت أن نسبة المصابين في عام 1995م بلغ 135مليون، 84مليون منهم في الدول السائرة للتطور و51مليون في الدول المتطورة. كما تترقب هذه المنظمة تضاعف هذا العدد في عام 2025م بحيث يفوق عدد المصابين بداء السكري 300مليون، 228مليون منهم بالدول النامية و 72 مليون بالدول المتطورة. ***(Malek.R,2006 ;12)***.

و من خلال هذه الإحصاءات ، يمكن القول أن المشكلة إنتشار داء السكري تزداد تفاقم بالنسبة للدول النامية ، إذ أن نسبة إنتشاره في الدول المتطورة – بالرغم من ارتفاعها - تعتبر منخفضة بالنسبة لتلك في الدول النامية نظرا لما تحظى به هذه الدول من إمكانيات التشخيص و الطرق الوقائية و العلاجية الفعالة لمعالجة داء السكري ، هذا من جهة ، و جهة أخرى توفرها على نوعية صحية يتسم بها سكانها و كذا ارتفاع مستوى معيشتهم الذي يخفّف من حدة المشكلة، بعكس الدول السائرة في النمو التي تتسم بقلة في وسائل العلاج و الوقاية، كما أن الفقر المتنامي و العجز في الموارد المالية و الأزمات الاقتصادية التي تعتبر كلها عوامل تؤثر بشكل واضح على الصحة و المرض و بالتالي ساهمت في إنتشار داء السكري بشكل سريع.

8 -2 - وضعية داء السكري في الجزائر:

لا زالت الجزائر تصنّف ضمن الدول النامية أو السائرة نحو التطور، و حاليا هي مليئة بالتنقلات الوبائية، إذ تعاني من مجوعة من الأمراض الخطيرة و غير المعدية ، أين

يعتبر داء السكري النموذج.

و تبعا لدراسات المنظمة العالمية للصحة و ترقباتها لعام 2025م، فقد صنّفت الجزائر من الدول التي سوف يطؤها خطر كبير جراء هذا الداء.

و هذا ما أكده رئيس الفيدرالية الوطنية لمرض السكري بالجزائر العاصمة ، حيث أشار أن تفشي الإصابة بالداء السكري في الجزائر يرجع إلى الظروف المعيشية القاهرة والفقر بالإضافة إلى العشرية السوداء التي عاشتها البلاد و التي أشار إليها ***خياطي*** و أكد على أن هذه الأزمة خلفت آثار سلبية محسوسة كثيرة على مستوى حياة الفرد (***مصطفى خياطي***، ***1995 ص01).***

و أشار أيضا رئيس الفيدرالية أنا عدد المصابين بداء السكري في الجزائر قد بلغ الثلاثة ملايين مصاب، أي ما يعادل 10%من العدد الإجمالي للسكان .

و تجدر الإشارة أن النسبة الحقيقية للمصابين بداء السكري في الجزائر ، تبقى غامضة و مجهولة لحد الآن ، ويرجع ذلك أساسا إلى عدم وجود إحصائيات و لو نسبية عن داء السكري ، نتيجة إهمال الأطباء و مسيري وزارة الصحة و السكان للإحصاء لعدد حالات داء السكري.

و هذا ما أكده البروفيسور ***بياد***، بأنه لا توجد معطيات بيئية حصرية، و إنما مجرد تحقيقات محلية مثل تلك لولاية سطيف لسنة 1998م، حيث وجدت هذه التحقيقات أن تواتر هذا المرض يصل إلى 8,8 للذين يتزايد عمرهم عن 40 سنة .)
Biad.A ,2006 ;12)

عموما تبقى الجزائر من الدول التي تنتشر فيها عدد هائل من الأمراض الخطيرة ، حيث يعد داء السكري في طليعة هذه الأمراض ، و لذلك فهو يمثل مشكل كبير للصحة العمومية ، خاصة فيما يتعلق بالأمراض المصاحبة له، القلبية و الشريانية و مضاعفاته بحد ذاتها.

**** الخلاصة:***

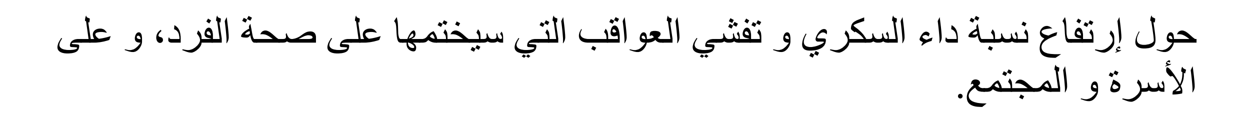
من خلال عرضنا لهذا الفصل يمكننا إستخلاص أن داء السكري عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب وتؤثر علي طريقة استخدام الجسم لسكر الدم (الجلوكوز)، الذي يعتبر عنصر حيوي للجسم، حيث أنه يمده بالطاقة اللازمة. بحيث يدخل الجلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعي عن طريق عامل الأنسولين وهو عبارة عن هرمون يفرز عن طريق البنكرياس.و يعمل على فتح الأبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم.

وفي حالة داء السكر، يحدث خلل في هذه العملية حيث يتجمع الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم ويخرج في النهاية مع البول.

تحدث هذه العملية عادة إما لأن جسم المريض لا يفرز كمية أنسولين مناسبة أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم.

كما أشرنا إلى أن الإهمال في المعالجة و الوقاية من هذا الداء يعتبر من أخطر التصرفات التي يرتكبها الفرد،حيث ينتج عن هذا السلوك مضاعفات عديدة تؤدي إلى عجز و إتلاف في بعض خلايا العضوية ، حيث أن الجهاز العضوي يفقد بعض وظائفه. و أغلب هذه المضاعفات و الأكثر شيوعا هي مشاكل الدورة الدموية و القلب و الكليتين و العينين، و عليه يتطلب هذا الداء نوع من العلاج و الوقاية .

و أخيرا تم التنويه إلى ما يشكله هذا الداء من تحدي كبير للصحة في العالم و في الجزائر بصورة خاصة، بالرغم من غياب الإحصاءات الدقيقة ، إلا أن الواقع يدق ناقوس الخطر



حول إرتفاع نسبة داء السكري و تفشي العواقب التي سيختمها على صحة الفرد، و على الأسرة و المجتمع.

****

الفصل الرابع

الفصل الرابع
تقبل داء السكري

- تمهيد

1- الإستجابة النفسية للداء.

2- تقبل المرض.

3- مراحل تقبل المرض.

4- العوامل المؤثرة في تقبل المرض.

5- تدابير مهمّة للتعايش مع داء السكري.

- الخلاصة.

**** تمهيد:***

إن الإصابة بمرض مزمن يعتبر صدمه لكل شخص ، وخاصة لمن يفقدون وظيفة جزء من جسدهم، كما يعتبر علاجهم ليس بالأمر الهين وخاصة في طور البداية حيث يمر المريض بمراحل نفسيه تؤثر على تقبله للعلاج وعلى علاقته بمن حوله.

و يعتبر السكري من الأمراض المزمنة التي تنتشر في كل أنحاء العالم ، و الذي يتوجب التعرف عليه كونه مرض طويل الأجل، حتى يتمكن الأفراد المصابين به من معايشته والتكيف معه من جميع نواحي الحياة المختلفة ، و ذلك لما ينتج عنه من مضاعفات كثيرة تؤدي إلى الإضرار بأجهزة هامة في الجسم، ومن هذه المضاعفات الكثيرة والخطيرة لهذا المرض والتي تمتلئ بها المستشفيات: الغيبوبة السكرية وغيرها، و التي كان من الممكن تجنبها بشيء من الدراية والمعرفة ، لأن ثقافة المريض ومعرفته بمرضه من أهم أركان السيطرة على السكري، وبدونها أيضا لا يستطيع الطبيب علاج المريض بطريقة صحيحة ، و لهذا يجب على المريض أن يكون له دور فعالا في السيطرة على مرضه والتكيف معه بجانب الطبيب.

و بما أن داء السكري و عواقبه لهما أسس جسمية عضوية ترتبط و تتفاعل بالعمق مع عوامل نفسية فردية، فقد تزايد انشغال الباحثون به إلى أن أدّت التطورات في الطب و علم الأدوية إلى تقدم علاجه في السنوات الأخيرة ، و لكن ذلك أدى إلى زيادة المتطلبات الملقاة على عاتق المريض من ناحية تطبيق العلاج المكثف و المراقبة الذاتية اليومية المستمرة ، و بالتالي فإن لم يتعاون المريض على أساس يومي مع خطة العلاج فإن النتائج العلاجية ستكون سيئة على الرغم من الوسائل العلاجية المتطورة.

1 - الإستجابة النفسية للداء :

إن طبيعة استجابة الشخص لإصابته باعتلال ترتبط بتجربته السابقة مع العلة، وإدراكه بها، ومفهومه عن الأمراض ونظرته إلى نظام العناية الصحية. فمن جهة ، يتعامل المريض مع الداء على أنه مصدر إزعاج ، وليس كتهديد لوجوده. ومن جهة أخرى، يتغلّب الداء على المريض ويشلّه عن تنفيذ نشاطاته المعتادة. ولا تتصل ردود الفعل هذه بالخطورة الفعلية لتطوّر المرض.

و يمكن توضيح بعض ملامح المهمة لإستجابة المريض لمرضه :

- الأمل: إن الاستجابة النفسية للإصابة بالداء ترتبط أيضاً بمقدار أمل المريض في الشفاء. فإذا تحلّى بالأمل جاء رد فعله للداء إيجابياً، فلا يعوّل كثيراً على الآليات الدفاعية. وتكيّفه مع حاله يكفي لتعويض اختلال التوازن الذي تسبّبه الإصابة. أما إذا فقد المريض الأمل، تختل سلامته النفسية ويلجأ إلى آلياته الدفاعية. وفي بعض الحالات، نشهد اضطرابات عقلية، نتيجة لفقد الأمل.

- الريبة: الريبة هي عدم القدرة على تحديد معنى الحدث. وهي تتقاطع مع قدرة الشخص على تقدير الموقف والتكهّن بالنتائج. وقد تكون الريبة مرتبطة بالغموض الذي يكتنف الداء، أو تعقيدات العلاج أو إجراءات نظام العناية الصحية، أو معلومات ناقصة حول التشخيص وخطورته أو صعوبة التكهّن بمآل الداء... وفهم دور الريبة في تكيّف المريض مع المرض يمكن أن يساعد «المعالج» على تخطيط تدخّلاته التي تزيد شدّة رد الفعل أو تخفّفها.

- إلمام المريض بحاله: أمر مهم أن يشار إلى اكتشاف مدى إلمام المريض بمرضه. فنقص المعلومات أو سوء فهمها يمكن أن يزيد من قلق المريض ويعيق عملية الشفاء. وأحياناً، تكون معلومات المصاب مرتبطة بخلفيته الاجتماعية والثقافية.

- التجربة السابقة مع المرض: تجربة الشخص السابقة مع الداء، سواء كانت شخصية أم بالمتابعة، تؤثّر في استجابته للداء الذي يصاب به. فإذا شفي سريعاً من مرضه السابق، فلا يتخوف من تطوّر المرض إلى داء مزمن يستدعي علاجاً طويلاً. وإذا لم يشفَ تماماً من مرضه السابق، فقد يُقلقه توعّك بسيط. وقد يكون هذا الجانب من الاستجابة متعلّقاً بالتشخيص الطبي الذي قُدّم له.

- الاستجابة للتشخيص: في حالات الأمراض المستعصية، قد يكون لتحديد الأعراض وتأكيدها من خلال تشخيص طبي تأثيرات سيئة على المستوى النفسي. وسلوك المريض حيال ذلك يعكس محاولته استيعاب المعلومات والتكيّف مع المعطيات. وإذا أصيب بصدمة ورفض إصابته، قد يطالب المريض برأي ثانٍ أو بفحوص طبية أخرى.
(استوارت و ساندين، بدون سنة)

2 - تقبل المرض:

إن تقبل المرض عبارة عن إستجابة نفسية ، معرفية و سلوكية أيضا ، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة ، و التي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتماشى و حياته الخاصة ، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية و الاجتماعية و غيرها.. و لذلك من المهم التحدث عن تقبل الشخص المريض لمرضه العضوي، أياً كان نوع هذا المرض، إذا ما لم يستدعي ذلك تكفل نفسي تكيفي للمرض، فيما عدا ذلك لا يمكن إدعاء مشكلة تكيفٍ أو تقبلٍ مع المرض. ***(Amar.L,2005 ;01)***

**** تقبل داء السكري:***

يعتبر داء السكري كما سبق و أن ذكر آنفا، من الأمراض المزمنة التي تجرُّ معها تفاعلات نفسية متعددة، تحول دون تكيف الفرد المريض مع الوضع الراهن المحاكي لإصابته بهذا الداء، و لذلك تكون إستجاباته النفسية الأولية الرفض القاطع للإصابة، لما تمثله هذه المرحلة النفسية من صعوبة ، حيث أن الرفض و الهرب من الحقيقة يمثلان

الاستجابة الأولية ، المباشرة و الفطرية (غريزية). و في هذه الحالة يكون المخزون المعرفي الحقيقي حول هذا المرض هو عدم العدل في الإصابة به.

كما أن عدم تقبل المريض لمرضه ، ناتج عن تجرّده من المشكلات و المعيقات التي ممكن أن يسببها هذا الداء ، علما أن عدم الوعي و المعرفة الحقيقية بالمرض ، تفقد المريض وسائل مكافحة مرضه أو تقبله و التكيف معه.

ولذلك من المهم و الضروري أن يأخذ المريض بعين الاعتبار، المعايير الأساسية لمرضه، من خلال تقديره لمدى تأثير مرضه على نشاطاته و محيطه و علاقاته الاجتماعية و المهنية. **(Livemont.D ;2008)**

كما يتجلى تقبل المريض المصاب بداء السكري لمرضه ، من خلال تقبله لمعايير المتعلقة بنمط حياته ، و الخاصة بالتمارين الرياضية، التغذية الصحية و المصححة للوزن ، تناول الأدوية الخاصة به و التي ينصح بها الطبيب و كذا العمل جاهدا من أجل تفادي مضاعفات المرض. **(Hennen.G & Bouchard.P ,2001 ;161)**

3 - مراحل تقبل المرض:

يعتبر ***مارك كايبس Marc KEIPES*** ، أن تقبل المرض عبارة عن إستراتيجية تتم عبر مراحل و يخص بالذكر المصابين بداء السكري،حيث وضحّ هذه المراحل كالتالي:

أ - الصدمة: تعتبر الصدمة أول هجوم على نفسية الشخص المتلقي لخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدّة سلوكات لا شعورية من قبل الشخص.
وذلك لعلمنا أن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ و غير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد، و الذي يغير وجوده بصفة كبيرة و مهمة ، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتا إلى عدم التكيف. **(Sillamy.N,1980 ;280)**

و بالتالي فالصدمة عبارة عن خبرة مؤذية تلحق بالنفس و الجسم معا. ***(عبد المنعم الحنفي، 1995ص779)***، و لذلك يترتب عليها (شدتها أو ضعفها) مدى استيعاب الشخص للموقف و درجة صحة التعامل معه.

ب - الإنكار: و هو يلي مباشرة مرحلة الصدمة ، حيث يرفض الفرد المصاب بالمرض حقيقة إصابته ، كما أنه ينكر إمكانية تعرضه لمثل هذا المرض (السكري).

و يعرف ***نوربارت سلامي Norbert SILLAMY*** الإنكار بأنه: " آلية دفاع ضد القلق، تهدف إلى إنكار أو رفض الحقيقة و الواقع، حيث يقوم الفرد بتحويل الأحداث الواقعية و المخيفة أو المولدة للقلق ، رافضا التعرف عليها و تعويضها بأحداث خيالية معاكسة." **(Sillamy.N,2004;176)**

ج - التمرّد : هو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه لحالته المرضية . و بما أن التمرّد في معناه هو التعدّي على الحكم أو السلطة أو القانون ، ففي هذه الحالة يمكن تعريفه على أنه التعبير المصاحب لعدم الرضا عن وضع معين سواء للفرد أوالجماعة، و عادة ما يربط الفرد سلوكه التمرّدي هذا (حسب وجهة نظره) بقَدَرٍ غير عادل أو محيط عدواني ، و بالتالي فهذا السلوك التمرّدي ناتج عن نظرة مبهمة و غير واضحة، و بهذا يكون التمرّد رد الفعل الطبيعي للإحباط. ***(Sillamy.N,2004;176)***

د - المفاوضة : تمثل هذه المرحلة بوادر استيعاب فكرة المرض ، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب و يحاول قدر مستطاعه إتباع تعليماته ، لكنه بين الحين و الآخر يحاول التفاوض مع طبيبه على حالته الصحية ، مثل التدخل في مواعيد الدواء كيفية أخذها و غير ذلك ... (أنظر الجدول رقم 1).

ن - الإكتئاب : بعد إستيعاب المريض لحاله ، يصيبه نوع من الإكتئاب ، و هو حالة نفسية تؤدي بالفرد إلى حالة مرضية تتميز بالشعور بالدونية و اللامبالاة اتجاه الحياة مع تباطؤ نفسي حركي ، و إمكانية ظهور عجز معرفي، فالاضطرابات المعرفية تصبح ذات أهمية و الحياة العاطفية لا يصبح لها معنى ، فالفرد تسيطر عليه الكآبة. وشدّد ***فرويد Freud*** على الملامح الشائعة للحزن و الاكتئاب، كالشعور بالخسارة و انعدام الاهتمام بالعالم الخارجي. ***(ليز ماكليون،2003 ص15)***

وهذا ما يعايشه الفرد المريض جراء الاستيعاب الكلي لحقيقة الإصابة بالمرض، حيث يفقد المريض المكتئب الاهتمام و السرور في كل/أو معظم النشاطات المعتادة و كذا يعاني من الشعور بالنقص و تتناقص الفعالية و الإنتاجية لديه في العمل المدرسي أو المنزلي ، و عادة ما يكون منسحبا اجتماعيا. ***(عبد الله عسكر، 2001ص31 و32)***

ه - التقبل : نصل إلى مرحلة تقبل المرض أو بالأحرى التعود عليه و التكيف معه ، و عادة ما يصاحب هذه المرحلة هدوء تام من قبل المريض، و تعاون واضح مع الطبيب، بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته ، و بتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من الخضوع التام.

و - الخضوع : و هو امتداد للمرحلة السابقة ، حيث يكون هناك استسلام كلي من قبل المريض لحالته ، و انصياع تام لأوامر الطبيب، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه وينقاد لنصائحه. لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب ***كاييس*** **Keipes** مرحلة أخيرة وطارئة ، و التي عبّر عنها بالتقبل الزائف.

ي - التقبل الزائف : و هي مرحلة يرفض فيها الفرد شعوريا الإحساس بالمرض، و ينتابه تخوفا شديدا من مضاعفاته ، و ذلك بعد إدراكه التام و معرفته الكلية بمرضه.

و بتلخيص هذه المراحل سنحاول عرض الجدول الذي وضعه الأخصائي النفسي الفرنسي ***لاكروه Lacroix*** ، و الذي وضّح فيه مراحل تقبل مريض السكري لمرضه، مرفقا بأمثلة حول سلوك المريض و الأخصائي المتابع للحالة، فيما يلي:

المرحلة	المريض	مثال	السلوك الاعتيادي للمطبق	الموقف المناسب
الصدمة	المفاجئة و الصدمة	"لست متصورا الفكرة"	إعطاء المعلومات و التثقيف الأقصى	مساندة ومساعدة المريض على استيعاب الموقف
الإنكار	إنفصال عن الذات، و تبذيل الموقف و الحقيقة	" هناك أمراض أكثر خطورة "	مُقْنِعْ	خلق جو ثقة و البحث عن موقف تهديد الفرد
التمرّد	عدواني و إدعائي	" إنه خطأ... "	مواجهة المريض	البحث في موضوع التمرّد
المفاوضة	أكثر مساعدة وتهيمن	" لا أقبل حقنة رابعة... "	ساخط و هائج، و الطرح للبحث و المناقشة ثانية	المفاوضة حول النقاط الثانوية
الإكتئاب	حزين و تأملي	" أدرك أني سأبقى خاضعا لدائي..."	قليل الحذر	تقوية الإستماع للمريض
التقبل	هادئ و متعاون	"أعيش مع مرضي وليس بالرغم منه"	مُنْعَم	تقوية التوعية
الخضوع	طائع و مستسلم	"أفوضي أمري لك يا دكتور..."	مُخْلِصْ	تفادي تأزم المرض
التقبل الزائف	الرفض شعوريا بالاحساس بالمرض	" أرفض أن اكون معاق.."	غير قادر و مهدد	محاولة إعادة المستوى الانفعالي اللازم

الجدول رقم(01): يوضح مراحل تقبل داء السكري (Keipes.M ;2007)

4 - العوامل المؤثرة في تقبل المرض :

يمكننا تحديد بعض العوامل التي يكون لها تأثير فعّال على عملية العلاج و الوقاية من مضاعفات داء السكري، و بالتي تمثل بدورها أهم معيقات تقبل المريض لمرضه، و منها:

4 - 1 - الأسرة:

تعتبر الأسرة الوحدة الأساسية للمجتمع ، و يتوقف نمو المجتمع و تقدمه على تماسك الأسر التي تكوِّنه، و قدرتها على أداء وظائفها بكفاءة و فعالية و تمسك أفرادها بتقاليد المجتمع و أهدافه. ***(محمد مصطفى أحمد،1995ص245)***

و عليه فإن الأسرة هي من أهم الجماعات الأولية و أشدها تأثيرا على صحة المريض، خاصة مريض السكري، حيث أن رد فعلها و سلوكها عادة ما ينعكس على صحة الفرد المريض، سلبا أو إيجابا.وذلك من خلال إستعداد الأسرة لتقبل تشخيص مرض أحد أفرادها و الذي يختلف قطعا من أسرة لأخرى. حيث أن قبول تشخيص المرض بأنه السكري و ما سيترتب عن ذلك من نتائج محتملة للمرض، تفترض تغيرات جوهرية في العلاقات الأسرية ، هو السبب الرئيسي في الرفض و المعارضة . وهنا نلاحظ أن الطبيب يقوم بكل التشخيصات و المسؤوليات اللازمة عليه، و ما على الأسرة إلا أن تقوم بدورها إتجاه المريض، من أجل منحه الرغبة و الإستمرار في العلاج ، وبالتالي التعايش و التكيف مع المرض.

ففي حال ما إذا كان المريض ضمن علاقات أسرية يسودها عدم التجانس و التعاون و المساعدة و إلقاء النصح ، سوف يؤثر ذلك بشدة على نفسيته ، و يعرقل علاجه الصحيح ، و يؤدي به إلى العزلة الإجتماعية الحتمية ، التي تعتبر من بين متغيرات التفاعل، حيث يحتمل أن يميل الأشخاص الذين يحرمون من التفاعل الطبيعي مع الآخرين إلى تكوين خيالات و ضروب من الهذيان تسلمهم في النهاية على المرض، هذا فضلا عن التفاعل الذي قد ينطوي على توتر أو ضغط يحتمل أن يسفر عن أمراض ***.(محمد علي و سناء الخولي و آخرون ،1992ص230)***

و لذلك فمن الضروري النظر إلى المريض على أنه عبارة عن أجزاء مريضة تفصله عن بيئته و حياته العامة ، بحيث يقتضي علاجه دراسة مبلغ توازنه الداخلي النفسي ، و مبلغ توازنه الخارجي مع البيئة التي يعيش فيها، أي أننا نهتم بحالته النفسية قدر إهتمامنا بحالته العضوية.*(أحمد كمال و عدلي سليمان،1993 ص503) **

4 -2 - المستوى التعليمي :

يعتبر التعليم إحدى المتغيرات السوسيولوجية الهامة التي لها تأثير على الصحة ، خاصة على مستوى وعي الفرد عامة و المريض خاصة ، إذ أنه يلعب دورا أساسيا في توفر الوعي الصحي لدى مريض السكري و زيادة خبراته و معلوماته التي يتلقاها من طبيعته ، و بذلك يلعب دور هام في صحة الفرد و المجتمع ككل. ***(نادية السيد، 1998ص209).***

و بالتالي فالمرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي و الوقائي و يكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض و أعراضه و طرق تنفيذ العلاج ، كما أن مستوى تعليم المريض يؤثر في العلاقة بينه و بين الطبيب و على تقبله أو عدم تقبله للمرض و لنظام العلاج. حيث أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم، ارتفع المستوى الصحي وانخفضت نسبة الإصابة بالأمراض و بالعكس، فإن المجتمعات المتخلفة علميا هي المجتمعات التي يوجد بها مستوى صحي منخفض و تنتشر فيها الأمراض ، حيث أن هذه المجتمعات قاصرة على تبيين أسباب الأمراض ، و تنساق وراء خرافات تؤدي إلى الإعتقاد بوجود الجن و الأرواح الشريرة و الحسد كأسبابٍ للمرض و الإعتقاد في الغيبيات، و تنفر من مكافحة الأمراض بالوسائل الحديثة. ***(نادية السيد،1998ص82).***

4 - 3 - الوعي الصحي :

في حقيقة الأمر إن الوعي الصحي ليس موضوع دراستنا لكن ما يهمُّنا هو العلاقة القوية ما بين الوعي الصحي وتقبل المريض لمرضه. لما يمارسه الوعي الصحي من تأثير واضح على الصحة والمرض في آن واحد، حيث يتخلّل معظم صور السلوك الإنساني في العادات الإجتماعية، عادات النظافة، التربية. وبالتالي لو أصيب الفرد بمرض ما يتصرف حياله طبقاً لوعيه الصحي وما يدركه حول هذا المرض، ولهذا نجد

إختلافاً واضحاً في أساليب مواجهة المرض من شخص لآخر. ***(علي الميكاوي، 1988ص 296 و297).***

و الجدير بالذكر أن الوعي الصحي أيضا يلعب دورا مهما في العلاقة بين الطبيب و المريض، حيث أن هذا الوعي يؤثر تأثيرا إيجابيا و فعالا على الإستجابة للمرض و الإنصياع لأوامر الطبيب ، كما أن إدراك الطبيب بالوعي الصحي الذي يملكه مريضه، يساعده على تبني السُّبل الأوضح و الأسلم للتعامل مع المرض.

4 - 4 - المستوى الإقتصادي و الاجتماعي:

يمكننا إعتبار مشكلة المستوى الإقتصادي والإجتماعي من المشكلات الّتي تعيق تقبل المريض لمرضه ،وهذا ما أشار إليه ***علي الميكاوي***؛ حيث أوضح أنّ الإستجابة للمرض، أي تقبّله تتحدد في ضوء الوضع الإجتماعي، إذ أن الوضع الإجتماعي حسب منظوره يحدِّد سلوك المريض في محافظته على صحته والإستجابة للمرض، في حين يحدد الوضع الإقتصادي، إمكانيات الإفادة من سبل العلاج في حالة المرض وتكاليف المحافظة على الصحة.***(علي ميكاوي و محمد الجوهري،1996ص308)***

ومما نلاحظه في العالم اليوم، من أنّ إنتشار الأمراض يزيد وينتشر في الدول الفقيرة والمضطهَدة إجتماعيًّا، على عكس الدول المتطورة، ساعدنا على تفسير و فهم ذلك. فإذا ما كان الفرد لا يعاني من نقصٍ ماديٍ وضعف إجتماعي، لا تسبِّب له الإصابة بالمرض إنزعاج، بل يتعامل معه بهدوء ويعطيه الإهتمام اللاّزم من أجل علاجه أو الوقاية التامة من مُضاعفاته، دون الإنشغال بما قد يجرّ معه هذا المرض من خسائر ماديّة. على عكس الفرد الّذي يعاني من مستوى دوني في المعيشة، فتشغَلُه الإصابة بالمرض شغلاً لا محدود، بحيث يربط إصابته بالمرض بكل عجزٍ قد يصاحبه لاحِقاَ، مادّي، بدني وإجتماعي...وهذا ما يجعله رافضًا الإصابة بأيّ مرض.

عموماً تبقى هذه العوامل، من بين العديد ممّا قد يساهم في تقبل أو رفض المريض لمرضه، ونخص بالذّكر المريض بداء السّكري.

5 - تدابير مهمة للتعايش مع داء السكري:

إن تشخيص داء السكري يمثل بداية رحلة علاجية طويلة تتمثل بطريق طويل متعرج...فيه مآزق وتحديات كثيرة. وعندما تبدأ أية رحلة لابد من خارطة، ويمكن إعتبار إعطاء التشخيص وشرح المرض والعلاج هو الخارطة التي تهيئ المرضى للسير عليها في رحلتهم. ومما لا شك فيه أن المعلومات الصحيحة منذ البداية تشكل أساسا لنجاح هذه المرحلة.

ففي البداية لابد من إعطاء التشخيص بطريقة يمكن للناس أن تتقبلها ،حيث أن بعض الأشخاص يكونون في حالة صدمة وتشوش وبعضهم تتراوح ردودهم من الغضب، و القلق، والخوف، إلى الإكتئاب.

والحقيقة أن الأشخاص يبدؤون رحلتهم مع المرض بمعلومات مختلفة وأساليب متنوعة للتعامل معه، باختلاف مستويات ذكائهم وثقافتهم ووضعهم الإجتماعي ، وكل ذلك ينعكس على إنذار المرض وإختلاطاته، حيث بينت الدراسات أنه على الرغم من التطور الكبير في علاج داء السكري فإن إنذار المرض لا يزال أسوأ في الأقليات العرقية، وكبار السن ذوي الثقافة الصحية المتدنية، والطبقات الفقيرة.

ويوحي ذلك بأن مشكلات التفاهم والتواصل في القضايا الصحية ربما يكون لها دورا في ذلك. وبالتالي يؤَّكد أهمية التواصل الطبي الفعال خلال علاج ورعاية المرضى.لأن المعلومات والتوصيات التي تقدم للمريض تؤثر على تعاونه وعلى إلتزامه بالعلاج، وتؤثر على رضاه عن علاجه، وأيضا على حالته الصحية العامة. ومن المفيد أيضا التعرف على أفكار المريض الذاتية عن مرضه لأنها تؤثر على تعامله مع المرض وعلى علاقته بالخطة العلاجية.

و نظرا للتداخل بين داء السكري و الحالة النفسية للمصاب فإن العناصر التالية يمكن أن تشكل نموذجا للتدابير الذاتية الفعالة:

- العنصر المعرفي الذي يتضمن أفكار المريض وإتجاهاته حول المرض.
- العنصر الإنفعالي والمزاجي المرتبط بالقلق والخوف والإكتئاب.

- العنصر الإجتماعي المرتبط بأهل المريض وعمله وعلاقاته الإجتماعية.
- العنصر السلوكي المرتبط بالمهارات والثقة بالنفس التي تهيؤه للتعامل مع المرض.

وقد بينت الدراسات نجاح الخطة العلاجية السلوكية التي تهدف إلى تعديل نمط المعيشة اليومي من خلال التدابير الذاتية، وقد تضمنت هذه الخطة تسجيل النشاط الجسمي اليومي والسلوك الطعامي للمريض، ومعلومات المريض وأفكاره الذاتية حول السكري، ومعلوماته عن علاجه، ودرجة إستعداده ودافعيته للتغيير، وأيضا تضمنت مشاركة المريض في الإتفاق على الأهداف القريبة المحددة التي يجب الوصول إليها، وإختيار أساليب فردية معينة لمواجهة العقبات، والمتابعة والدعم للوقاية من الإنتكاس. وظهرت النتائج الإجابية في الحفاظ على وزن مقبول، وتقليل تناول الطعام الدسم، وزيادة مستوى النشاط البدني.

ويمكن لهذه الخطة العلاجية الناجحة أن تطبق ضمن مجموعات علاجية، وأن تشمل جلسات تثقيفية جماعية. ***(حسان المالح ، 2006)***

**** الخلاصة :***

من خلال عرضنا لهذا الفصل الذي تناول تقبّل المرض، نستخلص أن تقبل المرض في حقيقة الأمر هو عَرَضْ نفسي يصاحب كلّ إصابة بدنيّة أو عضويّة، ولذلك لابدّ من تكفّل

نفسي لكل مريض، شَخَّص إصابته بأيّ مرضٍ خصوصا السكري.
لما لتقبل المرض من أهمية على سير عملية الوقاية والعلاج منه، فَبِتَقَبُّلِ المريض لدائه يسهل عليه وعلى الطبيب المعالج إتباع خطّة العلاج والوقاية، من بعد ما تمَّ إلغاء و لو نسبيًّا الجانب النفسي المعيق لهذه العملية (الخطّة العلاجية).في حين عدم تقبل المصاب لمرضه يزيد الضّغط النفسي سوءًا على حالته ، حيث يتجاهل الفرد المريض مرضه ويُضحي غير مباليًا به، مما يزيد من تأزّمه وتفاقمه.

و على هذا الأساس، فإن أساس التعامل الناجح مع السكري يقوم على فكرة الإحساس بالسيطرة الذاتية عليه ، حيث تنقسم طرق التعامل مع المرض إلى قسمين بشكل أساسي، قسم يعتمد على التجاهل أو الإنكار، ويتمثل بجهود متنوعة لنسيان المرض. ومنها عدم أخذ الدواء، وتقبل القَدَرْ بشكل سلبي، والإنسحاب الإجتماعي، ولوْم الآخرين. وبالطبع هذا الأسلوب يمثل تكيّفًا ضعيفًا مع المرض ويترافق مع درجات عالية من الألم النفسي. وأما القسم الآخر من طرق التعامل فهو يعتمد على المواجهة، ويترافق مع المشاركة الفعّالة في علاج المرض، وتعديل نمط الحياة مثل نوعية الطعام والنّشاط البدني، وتناول العلاج الدوائي، والبحث عن المعلومات الطبية وغير ذلك. وهذا الأسلوب يترافق مع تكيّف ناجح مع المرض ومع درجات أقل من الألم النفسي

عمومًا، يبقى من الجدير الإهتمام بالجانب النفسي لأي مريض بالعضويّة بالخصوص مريض السكري، وكذا تجنّب العوامل التي قد تأثر في تقبل الفرد لمرضه.

****

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الفصل الخامس

منهج البحث و إجراءاته

أولاً: الدراسة الإستطلاعية.

1- المنهج المستخدم.

2- العينة الإستطلاعية للبحث.

3- أدوات البحث.

4- نتائج الدراسة الإستطلاعية.

ثانيا - الدراسة النهائية.

1- العينة النهائية للبحث.

2- حدود الدراسة.

3-أدوات البحث.

ثالثا- المعالجات الإحصائية المستخدمة.

سوف نعرض خلال هذا الفصل كل ما يتعلق بالأركان الأساسية القائم عليها الجانب التطبيقي لهذا البحث، ابتداءً من الدراسة الإستطلاعية، حيث يتم فيها توضيح الخطوات المبدئية للبحث، كاختيار المنهج المتبع، و العينة الإستطلاعية و كذا الأدوات التي سوف تطبق، وصولا إلى الدراسة النهائية حيث يتم فيها توضيح العينة النهائية المعتمدة و كذا المعاجلة الإحصائية للبيانات. و ذلك في ما يأتي :

أوّلا: الدراسة الإستطلاعية:

1 - المنهج المستخدم :

يرجع تعدد مناهج البحث و اختلافها إلى طبيعة المواضيع و مشكلات البحث. و في البحث الحالي سوف يتم إتباع المنهج الوصفي، مع العلم أن الوصف هو أبسط أهداف العلم، و خطوة أولى من خطوات التقدم العلمي، ولكنه يعتبر أكثرها أهمية و دلالة، فبدون الوصف يعجز العلم عن التقدم نحو تحقيق هدفه الأساسي و هو التفسير، و لذلك فالأهمية الحقيقية للوصف هي أن يحقق الباحث فهما أفضل للظاهرة، و بذلك فهذا المنهج يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد بالواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيرا كيفيا أو تعبيرا كميا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة و يوضح خصائصها، أما التعبير الكمي يعطينا وصفا دقيقا يوضح لنا الظاهرة أو حجمها أو ارتباطها مع الظواهر المختلفة عنها. ***(خير الدين عويس، 1997 ص 402).***

2- إجراءات البحث الإستطلاعي:

قامت الباحثة قبل إجراء التطبيق الميداني بعدّة خطوات استلزمت في البداية تحديد المقاييس التي سوف يتم تطبيقها تماشيا مع متطلبات البحث ، و كذا تحديد خصائص العينة المراد بها الدراسة (كما سوف يوضّحُ لاحقاً).

و بعدها اتجهت الباحثة إلى زيارة الأماكن التي سوف يتم انتقاء عينة البحث منها (المستشفى الجامعي لمدينة سطيف، العيادات الخاصة و جمعية المرضى المصابين بالسكري) في مدينة سطيف، و ذلك بهدف التعرف على الهيئة الإدارية لهذه الأماكن و لتوضيح أهداف البحث لها و ما يتطلبه من إجراءات، و ما يقدَّم فيه من مقاييس. و قد تفضلت الجهات المعنية المشكورة بالسماح للباحثة البدء في التطبيق مع تقديم المساعدات اللازمة.

و قبل التطبيق الفعلي و النهائي للبحث، أجرت الباحثة تطبيق أولي كان الهدف منه مراجعة صياغة بنود المقياسين و التأكد من استيعاب معانيها و كذا حساب الخصائص السيكومترية. حيث قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على عينة إستطلاعية.

كما اهتمت الباحثة أيضا بضرورة تعريف الأفراد بنفسها و بطبيعة البحث، و الهدف منه و أهميته و التأكيد على أن المقاييس اللذان يجرى تطبيقهما مقصود بهما أغراض

البحث العلمي فقط. و ذلك لكي يتحرر هؤلاء الأفراد من الضغوط النفسية التي تصاحب أدائهم على مقاييس البحث .

2- 1- العينة الإستطلاعية للبحث:

تم التطبيق الأوّلي على عينة إستطلاعية بلغ قوامها 31 شخص مصاب بداء السكري (17 رجال و 14 نساء) تم اختيارهم بطريقة قصدية. وقد تم إدخال هذه العينة مع العينة النهائية ، حيث استوفت الشروط الموضوعة للدراسة:

السن: من 30 إلى 50 سنة.

الجنس: ذكور و إناث.

المستوى التعليمي: - مستوى تعليمي مرتفع.

- مستوى تعليمي منخفض.

2- 2- حدود الدراسة الإستطلاعية:

- *الحدود المكانية:*

تم انتقاء العينة الإستطلاعية من الأماكن السابقة الذكر و التي قامت الباحثة بزيارتها قبل التطبيق و هي : المستشفى الجامعي، العيادات الطبية الخاصة و كذا جمعية المصابين بداء السكري. حيث تواجدت هذه الأماكن بمدينة سطيف.

- *الحدود الزمانية:*

استغرقت مدة التطبيق الأوّلي على العينة الإستطلاعية 13 يوم و ذلك في الشهر الخامس من عام ألفين و ثمانية ، حيث طبقت المقاييس في جلسات فردية داخل الهيئات سابقة الذكر.

3- أدوات البحث:

استخدمت لأغراض هذا البحث المقاييس التالية :

3 - 1 - مقياس المهارات الاجتماعية :

يتكون مقياس المهارات الاجتماعية من مجموعة من البنود أو العبارات، التي تغطي مختلف صور السلوك في مواقف التفاعل الاجتماعي بين الفرد و الآخرين. و يحدد المجيب على المقياس (في ضوء ملاحظته لنفسه في المواقف المختلفة) موقفه من كل عبارة (باختيار بديل واحد فقط من خمسة بدائل)، بما يوضح ما إذا كان السلوك الذي تتضمنه هذه العبارة ، يحدث بالنسبة له ...

- ✓ دائما؟
- ✓ كثيرا؟
- ✓ أحيانا؟
- ✓ نادرا؟
- ✓ لا يحدث مطلقا؟

وقد إعتمدت الطالبة الباحثة على مجموعة من المقاييس في إعداد المقياس الحالي حيث تم أخذ مجموعة من البنود من كل مقياس و إضافة أخرى من طرف الباحثة و ذلك بما يماشى مع خصائص عينة البحث و هدفه، و تمثلت المقاييس المقتَبَس منها في:

- مقياس توكيد الذات ***لغريب عبد الفتاح غريب. (انظر الملحق رقم 24)***
– مقياس الضبط الاجتماعي من قائمة المهارات الاجتماعية ***لرونالد ريجيو***، ترجمة: ***عبد اللطيف خليفة. (انظر الملحق رقم 19)***
– مقياس التواصل الاجتماعي ***لجولدشتاين و ماكجينس*** ترجمة الباحثة: ***سمية إبراهيم التحو (انظر الملحق رقم 87)***

و بناءً عليه تم إعداد مقياس للمهارات الاجتماعية(أنظر الملحق 01) ، و الذي يغطي مختلف أنماط السلوك التي تكشف عن درجة كفاءة الفرد في المهارات الاجتماعية النوعية السابقة الذكر(مهارة تأكيد الذات، مهارة الضبط الاجتماعي و مهارة التواصل الاجتماعي).

وبالتالي يهدف هذا المقياس إلى قياس درجة كفاءة الفرد في مهارة تأكيد الذات ، و مهارة الضبط الاجتماعي و مهارة التواصل الاجتماعي ، كمهارات إجتماعية نوعية، بحيث يتحصل الفرد على درجة كلية يشير ارتفاعها على الكفاءة الجيّدة للمهارات

الاجتماعية أو على مستوى مرتفع فيها، في حين تعبر الدرجة المنخفضة على ضعف هذه الكفاءة.

و فيما يلي وصف موجز لكل مقياس ، استُنِد عليه لإعداد المقياس الحالي:

** مقياس توكيد الذات" لغريب عبد الفتاح غريب" :*

و يتكون من 25 بندا ، يغطي مختلف صور السلوك التي يمكن أن تصدر عن الفرد، و التي تكشف عن قدرته على التعبير عن أرائه، دون اعتبار لاتفاقه فيها أو اختلافه فيها مع آراء الآخرين، و مدى مقاومته للضغوط الرامية إلى توريطه، أو الرضوخ لمطالب لا يقبلها ، و مدى حرصه على الدفاع عن حقوقه ضد محاولات انتهاكها من جانب الآخرين ... الخ

** مقياس الضبط الاجتماعي" لرونالد ريجيو"* ، ترجمة: *"عبد اللطيف خليفة" :*

و هو مقياس فرعي من قائمة المهارات الاجتماعية ، حيث تتكون هذه البطارية من ستة مقاييس فرعية بإجمال 90 بندا. و يمثل مقياس الضبط الاجتماعي أحد المقاييس الفرعية و يتكون من 15 بندا ، بحيث يقيس مجموع هذه البنود مهارة لعب الدور و التكيف مع المواقف الاجتماعية و القدرة على تحديد مضمون و اتجاه التخاطب أثناء التفاعل الاجتماعي...الخ

** مقياس التواصل الاجتماعي" لجولدشتاين و ماكجينس" ترجمة الباحثة: سمية التحو:*

و يتكون من 50 بندا، و يغطي مختلف صور السلوك الاجتماعي الايجابي، التي يمكن أن تصدر عن الفرد، و تستهدف تحقيق أفضل صور التفاعل فيما بينه و بين الآخرين، في مختلف السياقات الاجتماعية. و بهذا يحاول المقياس الكشف عن مدى مبادرة الفرد لتكوين علاقات جديدة و السعي لتوثيق العلاقة مع الآخرين و كذا التعامل الكفء مع المشاعر الإنسانية و غيرها ...

و استنادا للمقاييس السابقة الذكر، تّم إعداد المقياس الحالي الذي يهدف إلى قياس مجموعة من المهارات الاجتماعية النوعية بما يخدم البحث الحالي ، و قد تّم تطبيق هذا المقياس المعّد في دراسة استطلاعية كان الهدف منها مراجعة صياغة البنود و حساب الخصائص السيكومترية كما سبق و أن ذُكِر.

***** تصحيح المقياس:**

يشتمل المقياس على 60 بندا تقيس بمجموعها المهارات الإجتماعية ، و تتوزع على ثلاثة محاور يمثل كل محور مهارة نوعية (مهارة تأكيد الذات، مهارة الضبط الاجتماعي و مهارة التواصل الاجتماعي)، و لكن دون توضيح هذه المحاور في المقياس المعد للتطبيق.

و فيما يتعلق بطريقة إجابة المفحوص على بنود مقياس المهارات الاجتماعية فقد تمثلت في تقدير كل بند من البنود في ضوء خمس مستويات ، تبدأ من (5) حيث ينطبق البند تماما، إلى (1) حيث لا ينطبق البند إطلاقا ،أو بعبارة أخرى :من تواتر حدوث السلوك بكثرة إلى إنعدام حدوثه، و بذلك يحصل المبحوث على درجة كلية تتراوح بين (60 و300). كما قد روعي عند التصحيح عكس البنود السلبية التي هي في الاتجاه العكسي للمهارة، حيث بلغ عددها 18 بندًا من إجمالي عدد البنود البالغ.

3 -2 - مقياس تقبل داء السكري:

يتكون مقياس تقبل داء السكري من مجموعة من البنود أو العبارات، التي تغطي مختلف صور سلوك المصاب بالسكري في مواقف التفاعل الاجتماعي بين الفرد ذاته و الآخرين. و يحدد المجيب على المقياس (في ضوء ملاحظته لنفسه في المواقف المختلفة) موقفه من كل عبارة (باختيار بديل واحد فقط من أربعة بدائل)، بما يوضح

ما إذا كان السلوك الذي تتضمنه هذه العبارة ، يحدث بالنسبة له ...

- ✓ دائما؟
- ✓ كثيرا؟
- ✓ نادرا؟
- ✓ لا يحدث مطلقا؟

وقد إعتمدت الطالبة الباحثة في تصميمها للمقياس الحالي، على التراث العلمي في هذا المجال، و بصورة أخص على الجدول الإكلينيكي للباحث و الأخصائي النفسي الفرنسي La croix الذي اهتم بالبحث في مراحل تقبل داء السكري.

و بناءً عليه أُخرج المقياس في صورته الحالية(أنظر الملحق 2) ، و الذي يغطي مختلف أنماط السلوك التي تكشف عن درجة تقبل المريض بالسكري لمرضه، حيث يمثل تقبل هذا الداء أو تقبل المرض عموما إستجابة نفسية ، معرفية و سلوكية أيضا، تتضح من خلال ما يتحصل عليه الفرد من درجة كلية على هذا المقياس، بحيث يشير ارتفاع الدرجة على عدم تقبل الفرد المصاب بالسكري لمرضه ، في حين تعبر الدرجة المنخفضة على قدرة المصاب في التكيف مع مرضه و تقبله. و قد تم تطبيق هذا المقياس المعّد في دراسة استطلاعية كان الهدف منها مراجعة صياغة البنود و حساب الخصائص السيكومترية كما سبق و إن ذُكِر.

**** تصحيح المقياس:***

يتكون المقياس من 30 بند تقيس بمجموعها تقبل الفرد المصاب بداء السكري لمرضه، حيث يقوم المفحوص بالإجابة على بنود المقياس في ضوء أربع مستويات ، تبدأ من (4) حيث ينطبق البند تماما إلى (1) حيث لا ينطبق البند إطلاقا ،أو بعبارة أخرى :من تواتر حدوث السلوك بكثرة إلى إنعدام حدوثه، و بذلك يحصل المفحوص على درجة كلية تتراوح بين (30 و 120) حيث تشير الدرجة العليا على عدم تقبل المصاب لمرضه (السكري) و العكس صحيح ،إذ يشير إنخفاض الدرجة إلى إرتفاع مستوى تقبل المرض لدى الفرد المصاب، و قد روعي عند التصحيح عكس البنود السلبية و التي يبلغ عددها 11 بندًا من إجمالي عدد البنود البالغ.

3- 3- حساب الخصائص السيكومترية:

**** حساب الثبات:***

نحن نعلم أن الاختبار أو المقياس الجيد هو الذي يتمتع بالخصائص السيكومترية الجيدة، و لذلك كان من الضروري علينا حساب صدق و ثبات المقياسين المطبقين في هذا البحث، حيث نبدأ بحساب ثباتهما بمعنى ثبات القياس النفسي ، و هو أن نتيجة القياس لا تتغير إلا إذا تغيرت طبيعة الشيء المقاس، أو بعبارة أخرى فإن المقياس الثابت هو ذلك الذي يؤدي

إلى نفس النتائج إذا قاس نفس الشيء مرّات متوالية. ***(فؤاد السّيد،1979 ص 513)***

و قد لجأت الباحثة إلى حساب معاملات الثبات للمقياسين بطريقتين : طريقة التجزئة النصفية، و طريقة الاتساق الداخلي (حساب معامل ألفا كرومباخ)، الذي يمكن أن نعتبره مؤشر للتأكد من صدق المقياسين أيضا، حيث يعتمد الحكم بتحققه على مدى توافر صورة متكاملة و خالية من التناقضات الداخلية لمجموع إجابات الأفراد على الأسئلة التي تتناول جوانب مختلفة من مجال واحد***(انظر: زين العابدين درويش،1992 ص 265)*** ، و كل ذلك موضح في الجدول الآتي:

معاملات الثبات / المقياس	***قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (ن=100)***	***قيم معاملات الاتساق الداخلي "ألفا" (ن=100)***
مقياس المهارات الاجتماعية	,75	,79
مقياس تقبل داء السكري	,71	,76

جدول رقم(02) يوضح :

معاملات الثبات لمقياسي المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري

وواضح من قيم معاملات الثبات في صورتيه : التجزئة النصفية، و الاتساق الداخلي(بمعامل ألفا كرومباخ) أن المقياسين على درجة عالية من الثبات عموما.

**** حساب الصدق:***

- حساب صدق المحتوى لمقياس المهارات الإجتماعية:

و يسمى أيضا صدق المضمون ، و يقصد به فحص محتوى الإختبار فحصا منطقيا دقيقا بغرض تحديد ما إذا كان يغطي بالفعل عينة ممثلة للسلوك المراد قياسه، و بالتالي فهو يقوم بتحليل المجال السلوكي المراد قياسه تحليلا يتيح الكشف عن عناصره و مكوناته الأساسية بحيث تصبح فقرات الاختبار بمثابة العينة الممثلة حقا لهذه العناصر و المكونات جميعا. ***(قدري الحنفي و العارف بالله الغندور،1997 ص 57و58)***

و قد لجأت الباحثة إلى حساب صدق المحتوى وفقا للمعادلة التالية :

$$\text{ن ص م} = \frac{\text{عَ - عً}}{\text{ع}}$$

حيث عَ : هو عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند يقيس السلوك المراد قياسه.

عً : هو عدد المحكمين الذين اعتبروا أن البند لا يقيس السلوك المراد قياسه.

ع : عدد المحكمين الإجمالي .

<u>و نتائج التحكيم موضحة في الجدول الآتـي :</u>

الاستجابة / البنود	***تقيس***	***لا تقيس***	***ن م ص***
1	4	1	0.6
2	5	0	1
3	5	0	1
4	5	0	1
5	4	1	0.6

الاستجابة / البنود	***تقيس***	***لا تقيس***	***ن م ص***
31	3	2	0.4
32	5	0	1
33	4	1	0.6
34	5	0	1
35	4	1	0.6

1	0	5	6
1	0	5	7
1	0	5	8
1	0	5	9
0.4	2	3	10
1	0	5	11
1	0	5	12
1	0	5	13
1	0	5	14
1	0	5	15
1	0	5	16
1	0	5	17
1	0	5	18
1	0	5	19
1	0	5	20
0.6	1	4	21
0.6	1	4	22
0.6	1	4	23
0.6	1	4	24
0.6	1	4	25
1	0	5	26
1	0	5	27
1	0	5	28
1	0	5	29
1	0	5	30

0.6	1	4	36
0.6	1	4	37
1	0	5	38
1	0	5	39
1	0	5	40
1	0	5	41
1	0	5	42
1	0	5	43
1	0	5	44
1	0	5	45
1	0	5	46
1	0	5	47
1	0	5	48
1	0	5	49
0.6	1	4	50
0.6	1	4	51
1	0	5	52
1	0	5	53
1	0	5	54
1	0	5	55
0.6	1	4	56
1	0	5	57
1	0	5	58
1	0	5	59
1	0	5	60

الجدول رقم (03) :

جدول يوضح نتائج تحكيم مقياس المهارات الاجتماعي

و بما أنّ : ن م ص = (ن م ص1 + ن م ص2 + ن م ص3 +... + ن م ص60) / عدد البنود

فإنّ : ن م ص = (0.6 + 1 + 1 + ... + 1) / 60 = 52.8 / 60

ن م ص = 0.88 و هذا ما يدل على تمتع المقاس بصدق مرتفع

- حساب صدق المحتوى لمقياس تقبل داء السكري:

تم حساب صدق المحتوى لهذا المقياس وفق المعادلة و الخطوات السابقة الذكر، حيث نتائج التحكيم موضحة في الجدول التالي:

الاستجابة / البنود	تقيس	لا تقيس	ن م ص
1	6	0	1
2	6	0	1
3	6	0	1
4	6	0	1
5	6	0	1
6	6	0	1
7	4	2	0.33
8	6	0	1
9	6	0	1
10	6	0	1
11	6	0	1
12	6	0	1
13	6	0	1
14	6	0	1
15	6	0	1

الاستجابة / البنود	تقيس	لا تقيس	ن م ص
16	6	0	1
17	6	0	1
18	6	0	1
19	5	1	0.66
20	6	0	1
21	6	0	1
22	6	0	1
23	6	0	1
24	5	1	0.6
25	5	1	0.6
26	6	0	1
27	6	0	1
28	5	1	0.66
29	6	0	1
30	6	0	1

الجدول رقم (04):

جدول يوضح نتائج تحكيم مقياس تقبل داء السكري.

و وفقا للمعادلة فإن :

ن م ص1 + ن م ص2 +

ن م ص3 +... + ن م ص30

ن م ص = ــ

عدد البنود

27.97   1 + 1+ 1+ 0.66+ ... + 1 + 1

ن م ص = ــــــــــــــــــــــــ = ــــــــــــ

30 30

إذن فـ : ن م ص = 0.93 و بهذا نستنتج ارتفاع صدق هذا المقياس.

- حساب الصدق الذاتي للمقياسين:

تم تقدير صدق المقياسين أيضا عن طريق حساب الصدق الذاتي الذي يقوم على القاعدة التالية: الصدق الذاتي = الجذر التربيعي للثبات.

و بذلك فالصدق الذاتي لمقياس المهارات الإجتماعية = **0,75•** = 0,86

و الصدق الذاتي لمقياس تقبل داء السكري= **71, 0•** = 0,84

و هذا دليل على ارتفاع صدق المقياسين.

4- نتائج الدراسة الإستطلاعية:

يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه خلال الدراسة الإستطلاعية للبحث كما يلي:

- التعرف على الهيئات التي سوف يتم فيها التطبيق الميداني و النهائي للأدوات البحث.

- تعريف الباحثة بالبحث و هدفه العلمي لهذه الهيئات و كذا الأشخاص الذين سوف يطبق عليهم أدوات البحث، حيث لاقت بذلك الباحثة تفهم من طرف هؤلاء الأفراد لهدف البحث وغرضه العلمي وكذا الرغبة في الإجابة على المقياسين. و قد تم إدراج هؤلاء الأفراد فيما بعد مع أفراد العينة النهائية.
- عدم ظهور أي نوع من صعوبات فهم العبارات من طرف المفحوصين، سواء من ناحية اللغة أو فهم المعاني.
- حساب الخصائص السيكومترية للمقياسين، حيث أكدت النتائج أن كل من المقياسين يتمتعان بصدق و ثبات مرتفعين.

و على هذا الأساس فالدراسة الاستطلاعية تمثل مرحلة تمهيدية و خطوة أساسية لإجراء التطبيق الميداني النهائي للبحث كما هو وضحا فيما يلي.

ثانيا: الدراسة النهائية:

1 - العينة النهائية للبحث :

بلغ حجم العينة الكلية للبحث مائة 100 فرد(50 رجال و50 نساء)، بعد أن تم إلغاء 7 أفراد عند معالجة البيانات لعدم إجابتهم على جميع بنود المقاييس. و لقد تم اختيارها من نفس الأماكن التي تمت فيها الدراسة الإستطلاعية (المستشفى ، العيادات الخاصة و جمعية المصابين بالسكري)، بطريقة قصدية و هي الطريقة التي يختار بها الباحث العينة عن قصد لتقديره أو تصوره أنها أقرب تمثيلا للمجتمع الأصلي ***(عبد الفتاح القرشي، 2001 ص113)***، مع مراعاة الخصائص محور الدراسة في البحث الحالي:

- السن: و تتراوح مابين 30 إلى 50 سنة: و ذلك لضمان احتواء هذه الفئة لنمطي السكري(الأول و الثاني)، لكي لا يصبح أحد أنواع السكري متغير دخيل على البحث (توزيع المتغير الدخيل= لا يوجد تأثير على النتائج)

- المستوى التعليمي: حيث قسمت العينة إلى مجموعتين:

  * مرتفعي التعليم: المستوى الجامعي فما فوق.

  * منخفضي التعليم: دون المستوى الجامعي.

و فيما يلي توضيح لمواصفات هذه العينة:

يوضح الجدول رقم (05) توزيع العينة الكلية بحسب الأماكن المنتقاة منها، و بحسب الجنس و المستوى التعليمي.

المكان	***أفراد العينة***		***المجموع***	***النسبة المئوية***
	الرجال	***النساء***		

	مستوى تعليمي مرتفع	مستوى تعليمي منخفض	مستوى تعليمي مرتفع	مستوى تعليمي منخفض		%
المستشفى	/	/	/	7	7	%7
العيادات الخاصة	25	21	23	10	79	%79
الجمعية	/	4	2	8	14	%14
المجموع	25	25	25	25	100	%100
النسبة المئوية %	%25	%25	%25	%25	%100	/

الجدول رقم (05) يوضح:

توزيع عينة البحث حسب الأماكن المنتقاة منها،

و حسب الجنس و المستوى التعليمي

و فيما يتعلق بالمتوسط و الإنحراف المعياري لأعمار العينة في ضوء متغيرات البحث فيوضحها الجدول التالي :

المتغير	**العينة ككل**			**ذكور**			**إناث**			**مرتفعي التعليم**			**منخفضي التعليم**		
العمر	ن	م	ع	ن	م	ع	ن	م	ع	ن	م	ع	ن	م	ع
	100	40,16	5,87	50	40,3	6,03	50	40,02	5,77	50	39,22	5,34	50	41,1	6,28

الجدول رقم(06) يوضح :

المتوسط و الانحراف المعياري للعمر في ضوء متغيرات البحث.

و بناءً على المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لعمر الأفراد على متغيرات البحث ، يمكن القول بأنها تقترب من خصائص التوزيع الإعتدالي، و هي خطوة مبدئية مهمة للإنتقال إلى التحليلات الإحصائية اللازمة بالبحث الراهن.

2- حدود الدراسة:

- الحدود البشرية:

أجريت الدراسة على عينة قوامها مئة (100) شخص مصاب بداء السكري، منهم الأشخاص المصابين بالسكري من النمط 1 و كذا الأشخاص المصابين بالسكري من النط 2، و كذلك تحوي العينة على الجنسين(ذكور و إناث) و مرتفعي التعليم و منخفضي التعليم كمتغيرين أساسيين في البحث (الجنس و المستوى التعليمي)

- الحدود المكانية:

تمّ إنتقاء العينة النهائية و التي أُجري عليها التطبيق النهائي لأدوات البحث من نفس الأماكن التي تمت فيها الدراسة الإستطلاعية الموضحّة سابقا و هي المستشفى الجامعي لولاية سطيف، العيادات الخاصة و كذا جمعية المصابين بداء السكري في نفس الولاية.

- الحدود الزمانية:

إستغرق التطبيق النهائي لهذا البحث حوالي الشهرين (الشهر السادس و الشهر السابع) من عام ألفين و ثمانية، حيث تمّ تطبيق أدوات البحث بنفس الطريقة التي تمت في الدراسة الإستطلاعية، أي أنها طبقت في جلسات فردية بالأماكن التي تم انتقاؤها منها.

3- أدوات البحث :

تم تطبيق نفس المقاييس سابقة الذكر(مقياس المهارات الإجتماعية و مقياس تقبل داء السكري) ، و التي تم تطبيقها في الدراسة الإستطلاعية بهدف حساب خصائصها السكومترية و كذا مراجعتها من حيث الصياغة و اللغة ، و سهولة فهمها للمبحوثين .

و من خلال نتائج الدراسة الإستطلاعية و التي توصلت إلى عدم ظهور أي نوع من الصعوبات في فهم العبارات من طرف المبحوثين، سواء من ناحية اللغة أو فهم المعاني و كذا توفر الشروط السيكومترية اللازمة، تم تطبيق هذه المقاييس في الدراسة النهائية.

ثالثا: المعالجات الإحصائية المستخدمة :

أجريت التحليلات الإحصائية الموضحة فيما يلي، لتحقيق الأغراض التالية:

1- حساب صدق المحتوى و الصدق الذاتي لمقياس المهارات الاجتماعية و مقياس تقبل داء السكري. (الخصائص السيكومترية).

2- حساب معاملات الثبات للمقياس المهارات الاجتماعية ومقياس تقبل داء السكري بطريقتي التجزئة النصفية و معامل الاتساق الداخلي ألفا كرومباخ .(كمؤشر لإكتشاف مدى ارتباط البنود بالدرجة الكلية لكل مقياس)

3- حساب المتوسطات و الانحرافات المعيارية لعمر أفراد العينة حسب الجنس و المستوى التعليمي.

4- حساب معاملات الإرتباط بارسون بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية و الدرجة الكلية لتقبل داء السكري لدى عينة الرجال و عينة النساء.

5- حساب معاملات الإرتباط بارسون بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية و الدرجة الكلية لتقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس

6- حساب معاملات الإرتباط بارسون بين الدرجة الكلية للمهارات الاجتماعية و الدرجة الكلية لتقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي.

و نقدم عرض و مناقشة ما أسفرت عنه هذه التحليلات الإحصائية من نتائج في الفصل التالي.

****

الفصل السادس

الفصل السادس

عرض نتائج البحث و مناقشتها

أولا: عرض النتائج.

ثانيا: مناقشة النتائج.

ثالثا: التوصيات و الإقتراحات.

أوّلا: عرض النتائج :

نستعرض في هذا الفصل مجموعة النتائج التي تم التوصل إليها بعد التحليل الإحصائي للبيانات، بعد تطبيق مقياس المهارات الإجتماعية و مقياس تقبل داء السكري، ثم ننتقل بعد ذلك إلى مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري للبحث و فرضياته، و اقتراح بعض التوصيات .

و كما ورد في الفصل الأوّل، فإن البحث الحالي يهدف إلى التحقق من فرضية رئيسية مؤداها: *" توجد علاقة دالة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري."* و كذا مجموعة من الفرضيات الجزئية التي تبحث في هذه العلاقة في ضوء متغيرات البحث (الجنس و المستوى التعليمي).

و بالتالي فيندرج هذا البحث ضمن الدراسات التي تستهدف الكشف عن مدى و اتجاه العلاقة الإرتباطية القائمة بين متغيرات مختلفة و بعضها البعض، سواء كانت هذه المتغيرات خصائص جسمية ، أو خصال نفسية أو مثيرات بيئية أو منبهات اجتماعية أو غير ذلك من المتغيرات.

عموما فإن هذه الدراسات الإرتباطية تهتم بالبحث على ما إذا كان متغيرا ما ، أو متغيرات معينة تتلازم بمتغيرات أخرى ، بأي درجة و في أي اتجاه (سلبي أم إيجابي). ***(أمال صادق و فؤاد أبو حطب، 1991 ص93-94)***

و من ثمّ و على هذا الأساس فقد تناول التحليل الإحصائي فحص الإرتباط فيما يتعلق بفرضيات البحث ، و ذلك عن طريق حساب معاملات الإرتباط التي تشير قيمتها إلى مقدار التغير الإقتراني بين متغيرين ***(عبد المنعم الدردير،2005 ص 175)***

<u>و فيما يلي عرض لنتائج البحث</u>

1- نتائج الإرتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري:

يبين الجدول رقم (07) نتائج معاملات الإرتباط (برسون) بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري للعينة ككل بغض النظر عن متغيرات البحث (الجنس و المستوى التعليمي).

	المهارات الإجتماعية	***تقبل داء السكري***
	(ن= 100)	(ن= 100)
المهارات الإجتماعية	1	- ,777*
تقبل داء السكري	- ,777*	1

**الإرتباط دال عند 01, للطرفين*

الجدول رقم (07) يوضح :

معاملات الإرتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري.

و يتضح من خلال الجدول السابق وجود علاقة إرتباطية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري. و بما أن مقياس تقبل داء السكري كان يقيس درجة عدم تقبل الأشخاص المصابين بداء السكري لمرضهم (يعني كلما زادت الدرجة دلّ ذلك على ازدياد مستوى عدم التقبل)، جاءت نتائج الإرتباط سالبة ، بمعنى انّه كلما ارتفع مستوى المهارات الاجتماعية لشخص ما، نقص عدم تقبله لمرضه.

عموما بعد حساب معامل الإرتباط .. تبقى مشكلة تفسيره ، و غالبا ما ينشأ السؤال التالي : *ما حجم الإرتباط المطلوب حتى يصبح ذا دلالة؟* و يمكننا الإجابة عن هذا السؤال إما عن طريق تقدير قوة الإرتباط أو عن طريق معرفة الدلالة الإحصائية للإرتباط.

إن معرفة القيمة العددية لمعامل الإرتباط سوف تعطي مؤشرا لقوة الإرتباط بين المتغيرات موضوع الدراسة ، فالقيم المنخفض أو القريبة من الصفر تشير إلى وجود إرتباط ضعيف، في الحين القيمتين (+1 ،-1) تشيران إلى وجود إرتباط قوي سواء بالإيجاب أو السلب ***(لويس كوهين ولورانس مانيون ،1990 ص 194).***

و على هذا الأساس يتبين لنا من خلال قيمة الإرتباط المتحصل عليه و كذا دلالته الإحصائية (عند الطرفين)، أنه توجد علاقة قوية و حقيقية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري. (ر= - 77, دال عند 01,).

و فيما يلي سوف يتم عرض نتائج الفرضيات الجزئية التي تحاول الكشف عن مدى و قوة العلاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري، و ذلك في ضوء متغيري الجنس و المستوى التعليمي كاتالي:

2- نتائج الإرتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس:

	المهارات الإجتماعية لدى الذكور	المهارات الإجتماعية لدى الإناث	تقبل داء السكري لدى الذكور	تقبل داء السكري لدى الإناث
	(ن= 50)	(ن= 50)	(ن= 50)	(ن= 50)
المهارات الإجتماعية لدى الذكور	1	-	- 73,*	-
المهارات الإجتماعية لدى الإناث	-	1	-	- 478.*
تقبل داء السكري لدى الذكور	- 73,*	-	1	-
تقبل داء السكري لدى الإناث	-	- 478.*	-	1

*الإرتباط دال عند 01, للطرفين

الجدول رقم (08) يوضح :

معاملات الارتباط بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكر ي في ضوء متغير الجنس

يتضح لنا من خلال عرض نتائج هذا الجدول، أن الإرتباط يبقى قائم و دال بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري ، و لكن يختلف في قيمته من بعد تثبيت متغير الجنس. بالمعنى أن الارتباط بين المهارات الاجتماعية للذكور و تقبلهم لداء السكري أقوى من الإرتباط بين المهارات الإجتماعية للإناث و تقبلهن للداء، هذا ما يوحي إلينا أن الجنس يلعب دورا هام في هذه العلاقة.

3- نتائج الإرتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي:

	المهارات الإجتماعية لمرتفعي التعليم	***المهارات الاجتماعية لمنخفضي التعليم***	***تقبل داء السكري لمرتفعي التعليم***	***تقبل داء السكري لمنخفضي التعليم***
	(ن= 50)	(ن= 50)	(ن= 50)	(ن= 50)
المهارات الإجتماعية لمرتفعي التعليم	1	-	- ,373*	-
المهارات الاجتماعية لمنخفضي التعليم	-	1	-	- ,212
تقبل داء السكري لمرتفعي التعليم	- ,373*	-	1	-
تقبل داء السكري لمنخفضي التعليم	-	- ,212	-	1

**الإرتباط دال عند ,01 للطرفين*

الجدول رقم (09) يوضح:

معاملات الإرتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي

نستطيع أن نلاحظ من نتائج هذا الجدول أنّه يوجد ارتباط دال بين المهارات الاجتماعية لمرتفعي التعليم و تقبلهم لمرضهم، بالرغم من أن قيمة هذا الارتباط ليست قوية (ر= - 373, دالة عند 01,). في فين يتضح عدم و جود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لمنخفضي التعليم (ر= - 212, غير دالة)، هذا ما يجعلنا نستنتج أن للمستوى التعليمي دخلا قويا في تقبل داء السكري .

إذن فإنّ ما يمكن أن نخلص إليه مما سبق عرضه من نتائج هو التالي:

- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري.
- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس لصالح الذكور.
- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري عند مرتفعي التعليم.
- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري عند منخفضي التعليم.

ثانيا : مناقشة و تحليل النتائج :

* بيّنت نتائج الإرتباط صحة الفرض الرئيسي للبحث، الذي يقرُّ أنّه توجد علاقة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري، كما جاءت نتائج الإرتباط الفرعية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري و ذلك في ضوء متغيري الجنس و المستوى التعليمي على :

- وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى الذكور.
- وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى الإناث.
- وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى مرتفعي التعليم.
- عدم وجود علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى منخفضي التعليم.

و إنّه مما يساعد في تفسير هذه النتائج العودة إلى ما سبق ذكره في الإطار النظري للبحث الراهن فبالرغم من عدم توفر الدراسات السابقة المتحدثة حول الموضوع على حسب علم الطالبة الباحثة، إلا أنّه يمكن استقراء فحو حقيقة هذه النتائج من خلال ما أقرّه الباحثين حول موضوع المهارات الإجتماعية، فقد نوّه ***أرجيل*** إلى المهارات الاجتماعية باعتبارها أحد الجوانب النفسية الاجتماعية المهمة في الفرد ، حيث أقر بأنها إطار سلوك الفرد الاجتماعي، الذي يكوّن لديه القدرة على التفاعل الكفء و إقامة علاقات مع الآخرين تؤهله لتحقيق الكفاءة الاجتماعية ، و التي تتضمن كفاءة الفرد في التعامل مع الآخرين، و إقامة علاقات إيجابية معهم ، وإحداث صور التأثير المرغوبة فيهم، و القدرة على تحقيق الأهداف في إطار التفاعل الاجتماعي . **(Argyle,1983).**

و بهذا يتضح لنا أن المهارات الإجتماعية عبارة عن سلوك اجتماعي، يحقق للفرد الكفاءة الإجتماعية المطلوبة، و يضيف ***أرجايل*** أن المهارات الإجتماعية ما هي إلا نشاط منظم و

متآزر يرتبط بموضوع وموقف معين، حيث يتضمن هذا النشاط مجموعة أو سلسلة من الميكانيزمات الإدراكية و الحسية و المعرفية و الحركية. ***(عبد اللطيف خليفة، 2006 ص 10).***

فضلا عن *ليبيت و ليفنسون* **Libet & Lewinson** اللذان أوضحا أن المهارة الإجتماعية عبارة عن القدرة المركبة على زيادة التدعيم الإيجابي ، و تناقص التدعيم السلبي. **(Libet & Lewinson ,1973).**

إذن و من خلال ما تمّ توضيحه في فصل تقبل المرض بأن تقبل المرض عموما أو تقبل داء السكري بصورة خاصة ما هو إلا عملية معرفية، ترتبط بمعرفة الفرد لمرضه و إدراكه التام لوضعه من شتى النواحي، يوحي لنا ذلك إمكانية تواجد علاقة واضحة بين المهارات الإجتماعية و تقبل المرض لما احتواه مفهوم المهارات من صيغة معرفية تساهم في إبقاء الفرد في حالة تكيف شامل.

و ما يزيد لكل هذا توضيحا، المهارات الإجتماعية النوعية موضوع البحث الراهن (تأكيد الذات ، الضبط الإجتماعي، و التواصل الإجتماعي)، و التي تمّ انتقاؤها بعناية لتمثل المهارات الاجتماعية كمحور واحد يرأس البحث و التقصي و ذلك لاعتقادنا بأنها أكثر المهارات علاقة بموضوع تقبل المرض و ذلك استنادا على :

- أن هذه المهارات الثلاث تحوي مفهوم الكفاءة الإجتماعية و التي تعني قدرة الفرد على التعامل مع البيئة الإجتماعية و كذا الكفاءة الانفعالية و التي تشير إلى القدرة على التعامل مع البيئة الداخلية الخاصة بالمشاعر و الرغبات.
- أن هذه المهارات أيضا تحوي مهارات التخاطب اللفظي و التخاطب غير اللفظي، إستنادا على تعريف ***ولكنسون و كانتر*** **Wilkinson & cantar** للمهارات الاجتماعية: بأنها عبارة عن سلوكيات أساسية شاملة للتخاطب اللفظي و غير اللفظي. ***(عبد اللطيف خليفة، 2006 ص 14).***
- و أخيرا أنها أكثر المهارات الاجتماعية التي تشمل على قدرة الفرد على الضبط المعرفي لسلوكه.

فمن خلال ذلك يمكن توضيح حقيقة العلاقة بين تقبل داء السكري و المهارات الاجتماعية النوعية سابقة الذكر. فقد أوضح ***وولب* Wolpe** بأن تأكيد الذات هو التعبير الملائم بأي انفعال.(***غريب عبد الفتاح غريب،1995 ص 4)*** و ما تقبل المرض إلا عملية معرفية إنفعالية، و أشار ***ريجيو* Riggio** بأن الضبط الاجتماعي عبارة عن مهارة لعب الدور و حضور الذات اجتماعيا وأن الأشخاص المرتفعين في الضبط الاجتماعي يتّسمون بالثقة في النفس، و القيام بأدوار اجتماعية عديدة ، و التكيف مع المواقف الاجتماعية، و القدرة على تحديد اتجاه و مضمون التخاطب أثناء التفاعل الاجتماعي.***(عبد اللطيف خليفة،2006 ص17)***، و بذلك فإن الضبط الاجتماعي سلوك أساسي لعملية تقبل المرض ، و أخيرا أقرّ ***عادل الزيادي*** بأن التواصل الاجتماعي عملية يتم من خلالها نقل و تبادل المعلومات أو الأفكار أو الآراء أو الانطباعات بين طرفين أو أكثر ، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، باستخدام وسيلة أو عدّة وسائل ، و ذلك بهدف الإعلام أو الدعاية أو الإقناع أو التأثير العقلي أو الوجداني ، أو الإيحاء بأفكار و أهداف معينة. ***(عادل الزيادي , 1988)***، و بذلك تتوضح حقيقة العلاقة بين تقبل المرض ومهارة التواصل الاجتماعي لما تفضيه هذه المهارة من تأثير عقلي و وجداني على الفرد المريض.

عموما رغم ندرة الدراسات الرامية إلى البحث في علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل المرض بصورة عامة و تقبل داء السكري بصورة خاصة إلا أنّ التراث العلمي إستطاع توضيح حقيقة هذه العلاقة، و ذلك من خلال تقارب المعايير والقواعد التي تكوّن السلوك الاجتماعي (المهارات الاجتماعية)، بالمعايير التي تحكم عملية تقبل المرض.

يبقى علينا التنويه لما جاءت به نتائج الإرتباط الفرعية و ذلك بعد تثبيت تأثير المتغيرين موضوع البحث و الدراسة (الجنس و المستوى التعليمي)، بحيث يتم حساب الارتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري لدى الذكور فقط ثم لدى الإناث و بعدها حسابه لدى مرتفعي التعليم ثم منخفضي التعليم، و ذلك للتأكد من أثر المتغير الثالث على هذه العلاقة و في نفس الوقت التعرف على مدى تأثيره عليها و ذلك باعتبار كل متغير من المتغيرات الثالثة متغير معدل لهذه العلاقة، و لا مانع

للتذكير أن المتغير المعدل هو متغير كيفي (مثل الجنس أو العرق أو الطبقة) أو كمي (مثل مستوى المكافأة مثلا)، و هو يؤثر على إتجاه و / أو قوة العلاقة. و في إطار التحليل الإرتباطي، فإن المتغير المعدل هو متغير ثالث يؤثر على معامل ارتباط الرتب الصفري بين متغيرين آخرين. فعلى سبيل المثال وجد ***ستارن*** **Stern** و آخرون أن إيجابية العلاقة بين الأحداث الحياتية المتغيرة و حدة المرض كانت أقوى بصورة ملحوظة في حالة الأحداث التي لا يمكن التحكم فيها (مثل وفاة الزوج) أكثر من الأحداث التي يمكن التحكم فيها (مثل الطلاق)، و يمكن القول أيضا أن تأثير المتغير المعدل في إطار ارتباطي يحدث عندما يتغير اتجاه الإرتباط مثل ذلك التأثير الذي كان سيحدث في دراسة ***Stern*** و آخرون إذا قللت التغيرات الحياتية التي يمكن التحكم فيها احتمال الإصابة بالمرض مما يغير اتجاه العلاقة بين تغير أحداث الحياة و المرض من الإيجابي إلى السلبي.

و من ثمَ يمكن القول أن النتائج أكدت أن العلاقة ظلت قائمة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري بالنسبة للذكور و بالنسبة للإناث أيضا، لكن الاختلاف يظهر في قوة هذا الإرتباط ، فالارتباط بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى الذكور كان أقوى منه لدى الإناث ، هذا ما يوحي لنا بان للجنس تأثير بارز في هذه العلاقة، و سيتضح لنا ذلك أكثر من خلال النتائج اللاحقة.

أما فيما يخص متغير المستوى التعليمي، فقد أوضحت نتائج الارتباط أنه توجد علاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري بالنسبة لمرتفعي التعليم ، في حين تنفي نتائج الارتباط وجود علاقة قائمة بينهما لدى الأشخاص ذوي التعليم المنخفض. هذا ما يزيدنا يقينا بأن متغيرا الجنس و المستوى التعليمي يلعبا دور المتغير الثالث المعدل في هذه العلاقة، لأنهما أمكنا من إبراز تفاوت قيم الارتباط بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري.

* أما فيما يتعلق بتفسير نتائج المعالجة الإحصائية لفرضيات البحث الجزئية ، فيمكن توضيحها كالتالي:

- *توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس.*

لقد سبق و إن وضحت الطالبة الباحثة في تحليلها و تفسيرها للنتائج التي تم التوصل عليها في البحث ككل، أنّ كل من متغير الجنس و متغير المستوى التعليمي يمثلان المتغير الثالث في العلاقة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري، بمعنى أن كل منهما يمارس تأثيرا على هذه العلاقة ، و هذا ما وضحته نتائج الفرضية الجزئية الثانية، حيث توصلت إلى:

- *توجد علاقة دالة و قوية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري لدى الذكور.*
- *توجد علاقة دالة و غير قوية بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري لدى الإناث.*

هذا ما يؤكد لنا الدور الذي يلعبه الجنس في هذه العلاقة ، حيث اختلفت قوتها باختلاف الجنس ، و الذي يزيدنا يقينا بهذه النتائج (إختلاف قوة العلاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري)، هو معاودة الإطلاع على بعض الدراسات التي سبق و تم عرضها ، كدراسة ***ديفيد*** **David** التي بحث فيها عن الفروق في المهارات الاجتماعية بين الذكور و الإناث و التي توصل فيها أن الفرق قائم بين الجنسين و لكن في اتجاه الذكور. **(Dosseretal,1983 :376).**

فضلا عن دراسة ***حمدي حسانين*** التي توصل فيه بعد تثبيته للتخصص أن الذكور أعلى من الإناث في أبعاد المهارات الاجتماعية. ***(حمدي حسن حسانين، 1990).***

أما ***معصومة ابراهيم*** فقد توصلت من خلال دراستها إلى تواجد فروق بين الذكور و الإناث في المهارات الاجتماعية، وأن الإناث أفضل في إكتشاف المهارات من الذكور. ***(معصومة إبراهيم، 1995).***

و غير ذلك من الدراسات التي أكدت وجود فروق واضحة بين الذكور و الإناث في المهارات الاجتماعية ، حيث هذه الفروق تكون تارة في اتجاه الذكور و في أخرى في اتجاه الإناث ، و ذلك على حسب المهارات الاجتماعية النوعية المراد دراستها و حساب الفروق فيها. و بهذا نتمكن من إستنتاج سبب إختلاف قوة العلاقة بين المهارات الاجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس.

و انطلاقا من هذه الدراسات المفسرة لنتيجة الفرضية الجزئية و إن كانت غير مباشرة ، تميل الطالبة الباحثة إلى تفسير حقيقة هذه النتيجة بالرجوع إلى الواقع المعاش في الوطن العربي بصورة عامة و الجزائر بصورة خاصة، و ذلك من خلال إلقاء النظر على التنشئة الإجتماعية التي يتلقاها الأطفال في مثل هذه المجتمعات و التي تبرز الفروق الواضحة بين الذكور و الإناث في تنشئتهم إجتماعيا، حيث يتمتع الذكور بإمتيازات دون الإناث في مجالات عدّة بدءا من الأسرة و وصولا إلى المجتمع . و بما أن التنشئة الاجتماعية هي عملية إكتساب الفرد الخصائص الأساسية للمجتمع الذي يعيش فيه، ممثلة في القيم و الاتجاهات و الأعراف السائدة و معايير السلوك الإجتماعي المرغوب فيها و الممثلة في المهارات الإجتماعية المكتسبة، يتضح لنا سبب بلوغ الرجال مستويات أعلى من النساء في المهارات الإجتماعية. وكذا النظر إلى موقع المرأة من دائرة التأثيرات النفسية في المجتمع ، حيث تتلقى النصيب الأكبر من هذه التأثيرات الناجمة عن مجموعة من المتغيرات النفسية و الإجتماعية و غيرها فضلا على الأدوار المتعددة التي تلعبها. حيث تمارس هذه المتغيرات تأثيرا قويا على نفسية المرأة و سلوكها ، و بما أن تقبل المرض في الواقع عملية نفسية و معرفية فلابد أنها تتأثر بالمعاش النفسي للمرأة.

- و بخصوص الفرضية الجزئية الثانية: *توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي التعليم و منخفضي التعليم في المهارات الإجتماعية* فقد كشفت المعالجة الإحصائية على :

- تواجد علاقة دالة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري عند مرتفعي التعليم.

- و عدم تواجد علاقة دالة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري عند منخفضي التعليم.

و هذا ما يزيدنا يقينا أن للمستوى التعليمي تأثيرا قويا على العلاقة القائمة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري، حيث أن نتائج الفرضية الرئيسية أكدت تواجد علاقة قوية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في حال التوزيع العشوائي للمتغيرات الثالثة. أما في حال تثبيت متغير المستوى التعليمي ظهر الإختلاف القائم في هذه العلاقة في ضوء المتغير الثالث المعدل و هو المستوى التعليمي ، حيث كما سبق و أن تمّ الذكر أن المتغير المعدل هو متغير كيفي أو كمي يؤثر على إتجاه و / أو قوة العلاقة بحيث يضيف خصائص معينة بإحدى متغيرات البحث أو كلها مما يبرز بوضوح إختلاف نتائج الإرتباط في حال تواجد المتغير المعدل أو إنعدامه.

و يمكننا التأكد من أن المستوى التعليمي يلعب دورا فعالا من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة التي أكدت دور المستوى التعليمي في إكساب الفرد مستويات أعلى في المهارات الإجتماعية، والتي بارتفاع مستوياتها يتمكن الفرد المصاب بالسكري من تقبل مرضه، و من هذه الدراسات:

دراسة ***محمد الخالدي*** التي توصل فيها عن تواجد علاقة بين التفوق العقلي الذي أوضح أنه غالبا ما يتميز بالتحصيل الأكاديمي و بين المهارات الاجتماعية التي عبّر عنها بمجموعة من جوانب التوافق الإجتماعي، بمعنى أن التوافق الاجتماعي يكون أكبر كلما تمتع الشخص بتفوق عقلي واضح.***(محمد الخالدي ،1975).***

و كذا دراسة ***لوم*** **Lum** والتي أجريت على عينة من الموهوبين و غير الموهوبين، و التي استهدفت تقدير مدى التكيف النفسي والاجتماعي لهؤلاء من خلال التركيز على الأبعاد الخمسة التالية: السلوك الاجتماعي ، التكيف العائلي، الأداء العاطفي (خصائص الشخصية و القلق و الاكتئاب)،الأداء الاجتماعي (العلاقات الاجتماعية فيما بين الأفراد و المهارات الاجتماعية) ، و الكفاءة الاجتماعية (مفهوم الذات و تقدير الذات و ضبط الذات)، وقد توصلت إلى أن المتفوقين يتميزون بمهارات إجتماعية عالية.
.(Lum.m ;1988)

فضلا عن دراسة ***ميريل و جيل*** **Merrell & gill** عام 1994م، و التي هدفت إلى مقارنة السلوك الاجتماعي فيما بين الطلاب المتفوقين و غير المتفوقين، حيث تم في ضوء هذه الدراسة تقدير البعدين التاليين:
* الكفاءة الاجتماعية.
* السلوك المضاد للمجتمع.

فقد توصلت إلى أن المتفوقين عموما يتميزون بمستويات عالية من الكفاءة الاجتماعية، و مستويات دنيا من السلوك المضاد للمجتمع، بالمقارنة بغير المتفوقين، و أنهم أكثر تكيفا في الجوانب الاجتماعية و السلوكية من غير المتفوقين.

و بهذا نستطيع أن نتأكد من صدق الفرضية الجزئية الثانية الرامية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير المستوى التعليمي، حيث يمكننا فهم حقيقة النتائج الإحصائية لهذه الفرضية بالرجوع إلى مفهوم تقبل المرض الذي يعتبر بالدرجة الأولى عملية معرفية لابد لها من الإرتقاء و التطور بالتعلم.

إن محصلّة نتائج هذا البحث تلزمنا بالعودة إلى القضية التي أثيرت في فصلها الأوّل، و هي الاهتمام بذلك الفرع من علم النفس (علم نفس الصحة) الذي يسعى جاهدا إلى تقديم مجموعة من الإسهامات التربوية و العلمية و المهنية من أجل تحسين الصحة و المحافظة عليها و منع الأمراض أو علاجها و تحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسبابها و الاضطرابات المتعلقة بها و تحليل و تنظيم نظم الرعاية الصحية، و غيرها من أجل التوصل إلى إدماج و تنمية السلوكات الصحية في الحياة اليومية لتلك الفئة التي تعاني من أمراض تكون ملازمة لها طول حياتها، و التي من خلال إدراكها للسلوك الصحي ، تتمكن من التعايش و التكيف مع المرض و بالتالي تقبله.

و كذا الإعتراف بالمهارات الاجتماعية كآلية من آليات تعليم و تنمية مفهوم السلوك الصحي من أجل فهم أكثر لسلوك الفرد في إطار الصحة و المرض و الرعاية الصحية ، و بذلك الابتعاد عن النموذج البسيط للمرض والنظر إليه على أساس أنه نتيجة لاشتراك مجموعة من العوامل البيولوجية ، النفسية و الاجتماعية. أما الدلالات التي نخرج بها من هذه النتائج عموما ، فتعكس الحاجة الماسة و الملحة إلى الإهتمام بالمهارات الاجتماعية بمختلف أنواعها، في مختلف مواقف رعاية المرضى المزمنين، و التي تلح على مساندتهم على تقبلهم لمرضهم.

ثالثا: التوصيات و الإقراحات:

1 – صور الإفادة العلمية و التطبيقية الممكنة من نتائج الدراسة :

أ- الإفادة العلمية:

* توفير أدوات و مقاييس موضوعية ، يمكن استخدامها في تحديد طبيعة و مقدار المهارات الإجتماعية لدى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة بصورة عامة و المصابين بداء السكري بصورة خاصة، و كذا الإهتمام بتوافر مقاييس و أدوات موضوعية و مقننة تسعى إلى تقدير مستوى تقبل هؤلاء المرضى لمرضهم.

* توجيه نظر الباحثين إلى إجراء دراسات مستقبلية، تسعى إلى تنمية كل الجوانب النفسية و الإجتماعية للمرضى من أجل مساعدتهم على التكيف و تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي.

* الإستفادة من نتائج الدراسة الحالية في معرفة المهارات الإجتماعية الأكثر فعالية و المطلوبة من أجل مساعدة الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة على تقبل مرضهم.

* إثراء مجال البحث العلمي بدراسات تهتم بالجانب النفسي للمرضى العضويين، من أجل تنويه الأطباء على جوانب إضافية يتم إدراجها خلال خططهم العلاجية.

ب- الإفادة التطبيقية:

* تبني خطط و برامج تنموية و تأهيلية، يكون من شأنها تحقيق التوازن الواجب بين المضامين المعرفية (إدراك المرض، التعرف به ، و التكيف معه)، وبين المضامين المهارية و الإجتماعية ، الضرورية للنجاح في الحياة اليومية عموما، و في العلاقات الإنسانية بصورة خاصة، مما يضيف إلى الشخص المصاب بداء السكري أو أي مرض مزمن آخر قدرة على التقبل الوجداني و التكيف النفسي و الإجتماعي، و بالتالي يتمكن من إشباع حاجاته على أصعدة كثيرة.

* توجيه إهتمام الأطباء و المعالجين، إلى إعداد مرضاهم إعداداً اجتماعياً و نفسياً سليماً تزامناً مع العلاج الدوائي ، لكي يتمكن بذلك هؤلاء المرضى على الإقدام بخطىً سريعة في عمليتي العلاج و التوافق الاجتماعي و النفسي مع المرض.

2– بحوث مقترحة:

تكشف الدراسة الحالية أن الحاجة ما تزال ملحَّة إلى الإهتمام بالبحوث و الدراسات العلمية النفسية و الإجتماعية في أوساط المرضى العضويين ، و بناء على ما أسفر عنه عرض التراث العلمي في هذا المجال، و ما توصل إليه البحث الراهن من نتائج، فإنه يمكن الإشارة إلى بعض البحوث المستقبلية المهمة الممكن إجراؤها لإثراء البحث العلمي في مجال علم نفس الصحة كالتالي:

* إجراء دراسات أخرى للكشف عن علاقة أنواع مختلفة من المهارات الإجتماعية النوعية بتقبل المرض المزمن، و ذلك في ضوء متغيرات ثالثة مختلفة.

* عقد دراسات ميدانية حول تأثير بعض المتغيرات الأسرية و الإجتماعية في استراتيجية تقبل المرض.

* إجراء دراسات تجريبية تستهدف تنمية المهارات الإجتماعية عموما في أوساط الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة، لما في ذلك من أهمية واضحة في مساعدة هؤلاء الأشخاص على بناء إستراتيجية للتكيف و التوافق النفسي و الاجتماعي مع المرض.

* إجراء دراسات مشابهة للدراسة الحالية ، على عينات مختلفة من الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة (ربو، ضغط الدم، ...).

* دراسة أثر برنامج تدريبي على المهارات الإجتماعية، في زيادة قدرة المرضى على تقبل مرضهم.

* إجراء المزيد من الدراسات في مجال علم نفس الصحة ، في البيئة العربية، لإكتشاف أبعاد هذا المجال و أهميته في تطوير السلوك الصحي للمرضى.

****

الخاتمة

*** الخاتمة :**

في الختام، يمكن القول أنه من مقوّمات أي أمّة ناهضة أن تمتلك أكبر عدد من العلماء و المفكرين، و القياديين و المبدعين، الذين يمثلون دائما عقلها المفكّر، و نبضها الحسّاس. و أن أي مجتمع يأخذ سبيله إلى النهضة و التقدم، مطالب ببذل الجهد في الدراسة و العمل و التفكير الخلاق للنهوض بالوطن، حيث يتطلب ذلك الاهتمام بالثورة البشرية التي هي عماد المجتمعات المعاصرة و رقيّها.

و من خلال النتائج التي تمّ التحصل عليها في هذه الدراسة و التي أوضحت أنه:

- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري.
- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري في ضوء متغير الجنس.
- توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري لدى مرتفعي التعليم.
- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المهارات الإجتماعية و تقبل داء السكري لدى منخفضي التعليم.

فإن الدعوة ضرورية و خاصة في هذه الآونة الأخيرة التي تزايدت فيها نسب الإصابة بالأمراض المزمنة إلى الاهتمام بهذه الفئة من المصابين، و نخص بالذكر المصابين بداء السكري، و الذين يصطدمون فور إصابتهم بالمرض عوامل نفسية، و اجتماعية و حتى اقتصادية تحول دون تحقيق توازنهم النفسي و الاجتماعي، و بالتالي إخفاقهم في بلوغ أقصى طاقاتهم اللازمة لتحقيق الرفاهية لهم و لمجتمعهم.

و بتسليطنا الضوء على إحدى زوايا هذا الإشكال في الدراسة الراهنة و هي علاقة تقبل الإصابة بداء السكري بالمهارات الاجتماعية للفرد المصاب كما هو واضح من النتائج المقدمة أعلاه. أمكننا في البداية التعرف أكثر على داء السكري و ما يخلفه من آثار على أصعدة شتى يمكنها أن تعيق السير الاجتماعي السليم لديه، بحيث يمر المصاب به بمراحل نفسية تؤثر على تقبله لمرضه و على تقبله للعلاج وعلى علاقته بمن حوله.

كما أوضحت لنا نتائج البحث أن لتقبل داء السكري علاقة كبيرة بالمهارات الاجتماعية للشخص المصاب، هذه المهارات التي اعتبرها "**Argyle**" أحد الجوانب النفسية و الاجتماعية المهمة للفرد، فهي حسب رأيه سلوك الفرد الاجتماعي، و هي التي تكوّن لديه القدرة على التفاعل الكفء و إقامة علاقات مع الآخرين تؤهله لتحقيق الكفاءة الاجتماعية، و التي تتضمن كفاءة الفرد في التعامل مع الآخرين ، و إقامة علاقات إيجابية معهم، و

إحداث صور التأثير المرغوبة فيهم، و القدرة على تحقيق الأهداف في إطار التفاعل الاجتماعي.**(Argyle ,1983)**

فضلا عن أن العديد من الدراسات التي كشفت أيضا أنّ للمهارات الاجتماعية أثرها الواضح في نجاح العلاقات الاجتماعية بين الفرد و الآخرين، و إسهامها الإيجابي في تأكيد الصحة النفسية للفرد و توافقه الاجتماعي، و في نجاحه في الحياة عموما ، و في حياته الأكاديمية و العملية بصورة خاصة.

و وقوفا على ما سبق و على ما توصلت إليه نتائج الدراسة، اتضح بأنّ عملية تقبل داء السكري ترتبط بمستوى المهارات الإجتماعية لدى الفرد المصاب و بأن المستوى التعليمي و جنس المصاب أيضا يلعبا دورا مهما على مستوى هذه العلاقة.

إذن فاستنادا لما أوضحه الوصف السابق للمهارات الاجتماعية ، بأن لها دور فعال في تأكيد الصحة النفسية للفرد و في نجاحه في حياته بصورة عامة و حياته الأكاديمية و العملية بصورة خاصة، تتجه إلينا ضرورة الإهتمام بالمهارات الاجتماعية و بتنميتها و العمل على إعداد برامج تأهيلية من أجل تطويريها و محاولة إكسابها بمستوى أكبر للمصابين بالأمراض المزمنة و خصوصا المصابين بداء السكري، سواء كان للرجال أو للنساء، و ذلك طبعا من خلال العمل الجاد و المتعاون مع الأطباء المختصين و الأخصائيين النفسانيين، لما للمهارات الاجتماعية من دور فعال في تطوير الحس المعرفي بالمرض و تقبله من دون اعتباره أحد عراقيل سير الحياة ، بل العكس جعله أحد الأسس القائمة عليه الحياة، بمعنى جعله جزءا لا يتجزأ من حياة المريض و إعطائه الحيز اللازم من دوائر الحياة سواء كانت الدائرة النفسية أو الاجتماعية أو غيرها، من أجل تحقيق التوافق النفسي و الاجتماعي اللازمين لبلوغ أرقى مستويات التنمية.

****

المراجع

مراجع البحث

أوّلا: المراجع العربية.

ثانيا: المراجع الفرنسية.

ثالثا: المراجع الإنجليزية

المراجع:

أوّلا: المراجع العربية:

*** الكتب:**

1- أحمد كمال أحمد، عدلي سليمان (1993) .**الخدمة الإجتماعية و المجتمع**. القاهرة: دار الحمامي للطباعة.

2- أسامة أبو سريع (1993) . ***الصداقة من منظور علم النفس*** . الكويت : المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأدب.

3- أمال صادق و فؤاد أبو حطب (1991). ***مناهج البحث و طرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية و التربوية و الإجتماعية***. القاهرة: مكتبة الانجلو.

4- أمين رويحة (1973). ***داء السكري:أسبابه، أعراضه و طرق مكافحته،*** الطبعة الأولى. لبنان:دار القلم.

5- أيمن الحسيني (1988) . ***عزيزي مريض السكري، كيف تنتصر على مرضك و تحيا حياة طبيعية؟***.الجزائر : دار الهدى.

6- جاكوت.ل (1993). ***علم الأدوية***، ترجمة: فاضل الشيخ حيدر، الطبعة الأولى. دمشق: دار المعرفة.

7- حامد عبد السلام زهران (1996). ***علم النفس الاجتماعي***، الطبعة الخامسة. القاهرة: عالم الكتاب.

8- حامد محمد الهرساني (1965). ***قصة البول السكري***، الطبعة الأولى. مكة المكرمة: مؤسسة مكة للطباعة والإعلام .

9- خير الدين علي عويس (1997). ***دليل البحث العلمي*** . القاهرة : دار الفكر العربي.

10- روكلان .م (1972). ***تاريخ علم النفس***، ترجمة: زيغور علي، و مقلد علي. لبنان ، بيروت: منشورات عويدات.

11- زين العابدين درويش(2005). علم النفس الاجتماعي (أسس نظرية و منهجية) ، في زين العابدين درويش. ***علم النفس الإجتماعي، أسسه و تطبيقاته***.(ص ص 01- 35). القاهرة : دار الفكر العربي.

12- شعبان جاب الله (2005). التنشئة الاجتماعية ، في زين العابدين درويش. ***علم النفس الإجتماعي، أسسه و تطبيقاته***.(ص ص 67- 117). القاهرة : دار الفكر العربي.

13- صفوت فرج (1996). ***الإحصاء في علم النفس***، الطبعة الثالثة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية

14- طريف شوقي (1989). المهارات الإجتماعية و توكيد الذات، في عبد الحليم محمود السيد و آخرون. ***علم النفس الاجتماعي***.(ص ص443-481). القاهرة: دار آتون للنشر.

15- عادل الزيادي (1988). ***العلاقات العامة***. القاهرة: كلية تجارة عين شمس.

16- عباس عوض، و رشاد دمنهوري (1994). ***علم النفس الاجتماعي: نظرياته و تطبيقاته***. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

17- عبد الحليم محمود السيد و آخرون(1991). ***علم النفس الاجتماعي*** . القاهرة: دار الحكيم.

18- عبد الفتاح القرشي (2001). ***تصميم البحوث في العلوم النفسية و التربوية*** ، الطبعة الأولى.القاهرة: دار القلم للنشر و التوزيع.

19- عبد اللطيف خليفة (2006). ***قائمة المهارات الاجتماعية***. مصر، القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.

20- عبد الله عسكر(2001). ***الإكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص***. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

21- عبد المنعم أحمد الدردير (2005). ***الإحصاء البارامتري و اللابارامتري في اختبار فروض البحوث النفسية و التربوية و الاجتماعية***. القاهرة : عالم الكتاب.

22- علي الميكاوي (1988). ***الجوانب الاجتماعية و الثقافية للخدمة الصحية***، الطبعة الأولى. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

23- علي الميكاوي، و محمد الجوهري(1996). ***علم الإجتماع الطبّي، مدخل نظري***. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

24- غريب عبد الفتاح غريب (1995). ***مقياس توكيد الذات***، الطبعة الثانية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

25- فؤاد بهي السيّد (1979). ***علم النفس الإحصائي و قياس العقل البشري***، الطبعة الثالثة. القاهرة : دار الفكر العربي.

26- قدري محمود حنفي و العارف بالله محمود الغندور (1997). ***أصول القياس و البحث العلمي*** ، الجزء الأول ، الطبعة الثانية. القاهرة : المكتب العلمي للبحوث.

27- لامبرت.و.و، و لامبرت.و.إ (1993). ***علم النفس الاجتماعي***، ترجمة: سلوى الملا، الطبعة الثالثة. مصر : دار الشروق.

28- لويس كوهين و لورانس مانيون (1990). ***مناهج البحث في العلوم الإجتماعية و التربوية***، ترجمة: وليم تاوضروس عبيد و كوثر حسين كوجك ، مراجعة: سعد مرسي أحمد. القاهرة : الدار العربية للنشر و التوزيع.

29- ماكليون.ل (2003). ***الإكتئاب، أعراضه، أسبابه، تشخيصه، و الخلاص منه***، ترجمة: أحمد رمو، الطبعة الأولى. دمشق : منشورات دار علاء الدين.

30- محمد رفعت (1974). ***السكر و علاجه***، الطبعة الأولى. لبنان: دار المعرفة للطباعة و النشر.

31- محمد علي أديب الخالدي (1975). **سيكولوجية المتفوقين عقليا**، الطبعة الاولى. الجمهورية العراقية: مطبعة دار السلام.

32- محمد علي محمد، و سناء الخولي (1992). **الأسرة و الحياة العائلية**. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

33- محمد مصطفى أحمد (1995). **الخدمة الاجتماعية في مجال السكان و الأسرة**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

34- مصطفى حجازي (1997). **الإتصال الفعّال في العلاقات الإنسانية و الإدارة**، الطبعة الثانية. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

35- معتز سيد عبد الله (2000). **بحوث في علم النفس الاجتماعي و الشخصية**، المجلد الثالث. القاهرة : دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.

36- معتز سيد عبد الله، و عبد اللطيف خليفة (2001). **علم النفس الاجتماعي**. القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.

37- نادية محمد السيد (1998). **علم الاجتماع لطبي، المفهوم و المجالات**. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

38- وليد هوانة، و علي تقي (1994). **مدخل إلى الإدارة التربوية، الوظائف و المهارات**. الكويت: مكتبة الفلاح.

*** المعاجم:**

39- بتروفسكي.أ.ف ، و ياروفسكي.م.ج (1999). **معجم علم النفس المعاصر**، ترجمة: حمدي عبد الجواد، و عبد السلام رضوان. القاهرة: دار العالم الجديد.

*** الموسوعات :**

40- عبد المنعم الحنفي (1995). **موسوعة الطب النفسي**. المجلد الثالث، الطبعة

الأولى. القاهرة: مكتبة مدبولي.

*** المجلات:**

41- *زين العابدين درويش (1992).أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي: دراسة ميدانية على عينات من الطلاب الكويتيين المقيمين بمصر في ظروف العدوان،* ***المجلة العربية للعلوم الإنسانية،*** *جامعة الكويت، العدد39، ص ص(238-274)*

42- *عبد اللطيف خليفة (1997).* ***المهارات الاجتماعية في علاقتها بالقدرات الإبداعية لدى طالبات الجامعة*** *(ص ص 11-121) .حولية كلية الآداب: جامعة الكويت.*

43- *عبد المنعم عبد الله حسيب (2001). المهارات الاجتماعية و فعالية الذات لطلاب الجامعة المتفوقين و العاديين و المتأخرين.* ***مجلة علم النفس.*** *عدد59، (ص ص 124-139).*

44- *محمد الحسانين (2003). المهارات الاجتماعية كدالة بكل من الجنس الإكتئاب و بعض المتغيرات النفسية الأخرى.* ***مجلة الدراسات النفسية،*** *عدد 32، (ص ص129-150).*

45- *معصومة إبراهيم (1995). العلاقة بين إكتساب المهارات الاجتماعية و بعض المتغيرات لدى طفل الروضة بدولة الكويت.* ***مجلة الإرشاد النفسي،*** *مجلد3، العدد 4، (ص ص141-176).*

46- *نهى يوسف اللحامة (2003). المهارات الاجتماعية المدرسية و علاقتها بعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال المتخلفين عقليا و العاديين.* ***مجلة مركز معوقات الطفل،*** *العدد11، (ص ص141-176).*

*** الرسائل الجامعية:**

47- *أسامة أبو سريع (1986) .إضطرابات المهارات الإجتماعية لدى المرضى*

*النفسيين، **رسالة ماجستير**. مصر:كلية الآداب - جامعة القاهرة.*

48- *حصة الدغيشم محمد الدغيشم (2001). تنمية مهارات التواصل الاجتماعي. **رسالة ماجستير** (غير منشورة). البحرين : جامعة الخليج العربي.*

49- *سمية إبراهيم التحو (2001). الفروق في كفاءة المهارات الاجتماعية بين المتفوقات معرفيا و غير المتفوقات. **رسالة ماجستير** (غير منشورة). البحرين : جامعة الخليج العربي.*

50- *طريف شوقي (1988). أبعاد السلوك التوكيدي. **رسالة دكتوراه**(غير منشورة). مصر:كلية الآداب- جامعة القاهرة.*

*** مواقع الانترنت:**

51- *أحمد فوزي المفكر (2003) .**الضبط الإجتماعي للفرد**.منتديات مجلة العلوم الإجتماعية.السعودية: http://www.swmsa.com.*

52- إستوارت و ساندين (دون سنة) . ***مبادئ التمريض النفسي و ممارسته***. http://www.balagh.com

53- *أنجيلا ويلسون (2007). **العلاقة بين البدانة و مرض السكري**.* http://www.bbcarabic.com

54- *تغريد عبد الله (2008). **معاً ضد السكري**.* جريدة المستقبل : http://www.almostaqbal.com

55- *حسان المالح (2006). **الطريق الطويل المتعرج .. في علاج مرض السكري**.* http://www.hayatnafs.com/index.html

56- *خالد ادريس (2007). **الغرغرينا و مضاعفات مرض السكري**.* منتدى

الأمراض و الأدوية. المملكة العربية السعودية: http://www.saudi in focus.com

57- خالد عبد الله طيب (2007). **ملف كامل عن داء السكري**. مجلة الصحة العامة http://www.ibtisema.com

58- زينب عز الدين (2006). **مضاعفات داء السكري و كيفية الوقاية منه**. منتدى مركز الأسهم .السعودية: http://www.sharescenter.com

59- عايدة عبد الرحمان الدغيثر (2003). **داء السكري**. عيادة الرياض جميع الحقوق محفوظة لمؤسسة اليمامة الصحفية: http://www.alriyadh.com

60- عايدة الدغيثر (2007). 300 **مريض بالسكري حول العالم**. سبلة عمان" السبلة الطبية" . http://www.omania2.net

61- فاروق الزربا (2002). **التعريف بداء السكري**. http://www.sokkari.com

ثانيا: المراجع الفرنسية:

*** الكتب:**

62- Amar.L (2005). **Endocrinologie «Dcem-Epreuves classantes nationales »**. ed : Estem.

63- Bloom.A & Ireland.J (1981). **Atlas en couleur du diabète**.

Paris : édition Maloine.

*64- Hennenn.G & Bouchard.P (2001). **Endocrinologie**. Boeck université.*

*65- Khalfa.S, Daoud.A, Bouyahia.A.S & Arbouche.Z (1999). **Le diabète sucré**. Alger : Office des publications universitaires.*

*66- Pacaud.G (1995). **Le dibète et ses complications, prévention, prise en charge et traitement**. Alger : édition dahlab.*

*67- Perlemuter.L , Sélan .J.L & Collin de l'hortet.G (2003). **Diabète et Maladies métaboliques**, 4ème éd . Paris : masson.*

*** القواميس:**

*68- Garnier & Dalamare (2003). **Dictionnaire des termes de médecines**, 27ème éd. Paris : Maloine.*

*69-Larousse.p (1980). **Petit larousse, dictionnaire encyclo- pédique pour tous**. Paris : librairie larousse.*

*70- Sillamy.N (1980). **Dictionnaire encyclopédique de psychologie**. Paris : bordas.*

*71- Sillamy.N (2004). **Le dictionnaire de la psychologie**. France : larousse.*

*** المجلات:**

*72-Bertagne.P & Quichaud.J (1990). Le diabète insulino-dépendant, une maladie invisible et indolore. **Revue de médecine psychosomatique**, vol 24, (pp09-24).*

73- Biad.A (2006). *Diabète sucré de type2: étude épidémio-logique.* ***Le fascicule de la santé****, N°5. Alger : Maison de la presse.*

74- Laouar.S (2006). *Le diabète dans l'histoire.* ***Le fascicule de la santé****, N°5. Alger : Maison de la presse.*

*** المصادر:**

75- OMS (1995). ***Rapport sur la santé dans le monde, de 1995, réduire les écarts****. Genève : oms.*

76- OMS (1999). *Le diabète sucré.* ***Aide mémoire****, N°138. Genève : oms.*

*** المؤتمرات:**

77- Livemont.D (2008). *Faut-il accepter sa maladie.* ***Séminaire : Le diabétique (ou le malade) devant les difficultés d'accepter la maladie****. La maison de l'association belge du diabète – Wallonie Picarde,Belgique (17 mars 2008).*

*** مواقع الانترنت:**

78- Keips.M (2007). ***L'èducation du diabétique****.* http://www.ald.lu/index_new.html.

ثالثا : المراجع الانجليزية:

*** الكتب:**

*79- Alberti & Emmons (1974). **Social skills training manual**, in: Wilkinson.J, Canter.S. 20. Chichester: John witey & sons.*

*80- Argyle,M & Kendon.A (1967). Social skills training: aretrospective analysis and summary of applications. In: C.R.Hollin & P.Trower (Eds), **Handbook of social skills training**. Vol 1, (pp 2-8).Oxford: pergamon press.*

*81- Argyle, M (1983). **The psychology of interpersonal behavior**, (4 th ed). Harmonds worth : Penguin.*

*82- Combs, M.L. & Slaby, O.A (1977). Social skills training with children. In B. Blahey &. A.E. Kazdin (Eds) . **Advances in clinical child psychology.** (pp. 161-200). New York: Plenum.*

*83- Curran. J.P. & Monti, P.M (1982). **Social skills training: A practical hand book for assessment.** New York : Guilford press.*

*84- Dodge, K.A. (1985). Factes of social interaction and assessment of social competence in children. In B.H. Schneider, K.H. Rubin & J.E. ledinghan (Eds), **Children's peer relations : Issue in assessment and intervention.** New York: springer –verlag.*

*85- Ellis, R.(1980).Simulated social skill training for interpersonal professions. In W.T. Signleton, P. Spurgeon & R. Stammers (Eds). **The Analysis of social skill**. New York : Plenum press.*

*86- Galassi, J.P. Galassi, M.D. & Vedder, M.J.(1981). Perspective on assertion as asocial skills model. In J.D Wine & M.Dsmye (Eds), **Social competence**. (pp. 287-345). New York : Guiford.*

87- Goldstein, A. Mc Ginnis, E (1997)**. Skills streaming the adolescent: New strategy and perspectives for teaching prosocial skills.** Champaign, TL: Research press.

88- Kelly, J.A (1982). **Social skills training : Apractical guide for interventions.** New York : springer-verlag.

89- L'Abate, L.& Milan, M.A (1985). **Hand book of social skills training and research.** New York : john wiley & sous .

90- Lazarus,R.S & Folkman, S (1984). **Stress, apparaisal and coping.** Springer publishing company. NY.

91- Mc Evoy, et al. (1992). Peer social competence intervention for young children with disabilities. In Odom,S.L, McConnell, S.R, Mc Evoy, M.A. (Eds), **Social competence of young children with disabilities: Nature, development and intervention.** New York: Brooks.

92- Mc Guire,J.& Priestley,P (1981). **Life after school: A social skills manual.** Logan,UT: Utah state university department of special education.

93 -Rinn, R & Markle, A.(1979). Modification of social skill deficits in children. In A.S. Bellack, M. Hersen (Eds). **Research and practice in social skills training**. (pp 109-111). New York: Plenum press.

94- Rother .K.L (2007). **Diabetes treatment bridging the divide**. N E m g l j. med 356(15)

95- Trower, P. (1982). Toward a generative model of social skills: A Critique and synthesis. In J.P. Curran & P.M. Monti (Eds), **Social skills training**. New York: Guilford press.

*96- Young, K.R. West, R.P.(1984). **Parent training: social skills manual.** Logan, UT: Utah state university department of special education.*

*** المجلات :**

*97- Caldarella, P & Merrell, K.M (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents : A taxonomy of positive behaviors. **School psychology review**. Vol 26 (pp. 265-279).*

*98- Irvin, L.& Walker, H.(1993).Improving social skills assessment of children with disabilities: construct development and application of technology. **Journal of special education technology.** Vol 12 (1), (pp 63-64).*

*99- Kratochwill, T.R. & French, D.C (1984). Social skills training for withdrawn children. **School psychology review**. Vol 13. (pp. 301-338).*

*100- Kwan, P (1992). Effects of intellectual giftedness and some implications for programme planning. **An international journal of experimental educational psychology.**vol 12 (1) (pp 37-62).*

*101- Libert ,J & Lewinson , P (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. **Journal of consulting and clinical psychology**. 40 (pp 304-312)*

*102- Marrel,K.W & Gill,S.J (1994). Using teacher ratings of social behavior to differentiate gifted from non-gifted students. **Roeper Review**, vol 16 (4),(pp 286-289).*

*103- Wolfle, J. (1991). Women's satisfaction in close relationships, **Clinical psychology review**, N°8 (pp. 477-489).*

*** الرسائل:**

104- Lum. M (1988).Gifted population and adjustement, emotional functioning, Social functioning and perceived competence. ***A Doctoral Dissertation****, (un published). Biola University.*

****

الملاحق

ملاحق البحث:

الملحق رقم(01): مقياس المهارات الإجتماعية.

الملحق رقم(02): مقياس تقبل داء السكري

- الملحق رقم(01): مقياس المهارات الإجتماعية.

*** التعليمات:**

نقدم لك فيما يلي مجموعة من العبارات ، تشمل تصرفات أو سلوكيات تصدر عن الأشخاص في مواقف الحياة اليومية المتنوعة .

المطلوب منك ـ في ضوء ملاحظتك لنفسك في المواقف المختلفة ـ أن تحَدّدَ مدى صدور هذا التصرف أو السلوك عنك ، و ذلك بوضع علامة (×) في الخانة التي تعبر عن درجة حدوث ذلك:

إحرص على أن تكون دقيقا بقدر الإمكان ، فليس هناك إجابة صحيحة ، و أخرى خاطئة ، المهم فقط هو الدقة في تحديد موقفك من كل عبارة.

لا تضع أكثر من علامة (×) واحدة أمام أي عبارة، و لا تترك أي عبارة دون تحديد موقفك منها.

**** البيانات الشخصية:***

السن : ....

الجنس : ذكر (.....) ، أنثى (.....).

المستوى التعليمي : ....

تاريخ تطبيق الإختبار : ....

الرقم	* العبــــارات	يحدث دائما	يحدث كثيرا	يحدث أحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث مطلقا
1	أتمسك بحقي إذا تعدّى شخص ما دوري.					
2	ليس من الصعب عليّ أن أعارض رئيسي في العمل.					
3	أتجنب الشكوى على خدمة سيئة في مطعم أو أي مكان آخر.					
4	إذا وصلت متأخرا عن إجتماع، أفضل أن أقف على أن أجلس في مقعد أمامي حيث يراني كل الحاضرين					
5	أعبر عن مشاعري بسهولة.					

6	أتمكن بسهولة من بدأ محادثة مع شخص غريب.					
7	إذا حضرت ندوة،أو محاضرة وصدرت عن المتحدث كلمة أو عبارة أعتقد أنها خاطئة ،أعبر عن ذلك بوضوح.					
8	أستطيع تقديم نفسي للآخرين بصورة واضحة.					
9	أخجل من الإعتذار إذا طلب مني شخص عزيز، تقديم خدمة تعرضني للحرج.					
10	أشعر بالعزلة غالبا.					
11	يمكن أن أرفض بسهولة طلب مقابلة أو موعد معي، إذا كان وقتي لا يسمح.					
12	أستطيع أن أقدِّم التبرير المناسب لتصرفي في موقف ينتقدني فيه الآخرون.					
13	أبادر عادة بتقديم و تعريف نفسي للغرباء.					
14	أخجل من المساومة في ثمن الأشياء مع البائعين، حتى عندما يقتضي الأمر ذلك.					
15	يمكنني توضيح الجوانب الجيّدة في عملي لمن ينتقده.					
16	من الصعب عليّ الدفاع عن حقي في أي شيء ، و في أي موقف.					
17	أصارح أصدقائي بوجود عيب في تصرفاتهم أو بالخطأ في أدائهم.					
18	إذا أذاع شخص ما، أخبار غير صحيحة عني، أسعى لمقابلته فورا و أناقش معه الأمر.					
19	يصعب عليّ إيجاد المدخل المناسب للحديث عن نفسي مع أصدقائي.					
20	عندما أحكم في نزاع، أقول الحق عن الشخص المخطئ و لو كان قريبا لي أو صديق عزيز					

** هذه العبارات تقيس مهارة تأكيد الذات: و لم يتم توضيح ذلك للمفحوصين من أجل تجنب التحيز في الإجابة.*

الرقم	** العبارات	يحدث دائما	يحدث كثيرا	يحدث أحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث مطلقا
21	استطيع التوافق مع كل الناس صغيرهم أو كبيرهم، غنيهم أو فقيرهم.					
22	عندما أكون مع مجموعة من أصدقائي، أكون غالبا أنا الشخص المتحدث إليهم.					
23	أجد صعوبة أحيانا في النظر إلى وجوه و عيون الآخرين عندما أتحدث معهم.					
24	أثق في نفسي بشكل كبير.					
25	لست ماهرا في إجراء محادثات ، حتى و لو سبق الإعداد لها.					

26	أجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة كبيرة من الناس.					
27	يصعب عليَّ القيام بأدواري الاجتماعية بشكل جيّد					
28	أكون عادة ماهرا جدّا في إدارة المناقشات الجماعية.					
29	أشعر غالبا بعدم الارتياح عندما أكون مع مجموعة من الأشخاص يختلفون عني في المستوى الإجتماعي.					
30	لست ماهرا في الاختلاط بالناس أثناء الحفلات					
31	أستطيع أن أفهم مضمون الحوار ضمن جماعة من الأشخاص بشكل جيّد.					
32	أشعر بعدم الراحة أو بأني غريب في الحفلات التي يحضرها بعض الأشخاص المهمين جدا					
33	ألاحظ أحيانا أن الناس من المستويات الاجتماعية الأقل مني يشعرون بعدم الإرتياح عندما يجلسون معي .					
34	أُخطئ أحيانا عندما أتحدث مع أشخاص غرباء.					
35	أرغب غالبا في أن أكون قائد جماعة.					
36	أستطيع التكيف مع مواقف إجتماعية متعددة.					
37	أضع نفسي غالبا في مواقف إجتماعية حرجة.					
38	أمارس نشاطات مختلفة في اليوم الواحد.					
39	عندما أكون مع مجموعة من الأشخاص يضطرب تفكيري بخصوص مدى صحة الموضوعات التي يجب أن أتحدث عنها.					
40	أستطيع أن أتكيف بسهولة في أي موقف إجتماعي.					

*** هذه العبارات تقيس مهارة الضبط الاجتماعي.*

الرقم	*** العـــبـــارات	يحدث دائما	يحدث كثيرا	يحدث أحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث مطلقا
41	أصغي جيّدا لأي شخص يتحدث معي.					
42	أحاول دون تردد طلب الإذن لفعل أي شيء ، إذا إستلزم الأمر ذلك.					
43	أبادر عادة في الحديث مع الآخرين.					
44	أتيح للآخرين معرفة حقيقة شعوري بطريقة لطيفة.					
45	أتحدث عادة مع الآخرين في الموضوعات ذات الإهتمام المشترك.					
46	أفهم ما يشعر به الآخرين بصورة جيّدة.					
47	أبادر بطرح أي أسئلة على الآخرين ، عندما أشعر بحاجتي إلى مزيد من المعرفة بأمر من الامور.					

48	أتفهم حالة أي شخص في موقف غضب،وأتعامل معه بهدوء و بلا إنفعال.					
49	في أي موقف خلاف مع شخص آخر،أحاول أن أتوصل إلى نتيجة مرضية لكل منا.					
50	أقدم الشكر و العرفان لأي شخص يقدم لي خدمة ما.					
51	لا أتردد في الإعتذار ، للآخرين عن أي خطأ يصدر عني.					
52	حين أتصدى للدفاع عن حقوقي، أتصرف بما يسمح للآخرين بمعرفة دوافعي و ما أفكر فيه، و حقيقة ما أشعر به.					
53	أبادر عادة بتعريف الأشخاص ببعضهم في أي حفلة أو مناسبة إجتماعية.					
54	أظهر إعجابي بالآخرين إذا أجادوا عملا أو أحسنوا التصرف في موقف ما.					
55	عادة أتجنب المواقف التي يمكن أن تسبب لي مشكلات معينة.					
56	أحاول توضيح حقيقة الأسباب التي أدت إلى فشلي في أداء أو تحقيق شيء ما.					
57	ألجأ عادة إلى المسالمة أو أي طرق بديلة في المواقف المثيرة للشجار مع الآخرين.					
58	أتعامل بحكمة في أي موقف يتهمني فيه شخص ما، بفعل أو قول لم يصدر عني أصلا.					
59	لا أخضع عادة لضغوط الآخرين لعمل أي شيء، غير ما أردت عمله.					
60	أنجح عادة في إشعار الآخرين عن أي خطأ يصدر عني.					

*** *هذه العبارات تقيس مهارة التواصل الاجتماعي.*

- الملحق رقم(02): مقياس تقبل داء السكري

(هذا المقياس من إعداد الطالبة الباحثة.)

* التعليمات:

نقدم لك فيما يلي مجموعة من العبارات ، تشمل تصرفات أو سلوكيات تصدر عن الأشخاص المصابين بداء السكري في مواقف الحياة اليومية المتنوعة .

المطلوب منك ـ في ضوء ملاحظتك لنفسك في المواقف المختلفة ـ أن تحَدّدَ مدى صدور هذا التصرف أو السلوك عنك ، و ذلك بوضع علامة (×) في الخانة التي تعبر عن درجة حدوث ذلك.

إحرص على أن تكون دقيقا بقدر الإمكان ، فليس هناك إجابة صحيحة ، و أخرى خاطئة ، المهم فقط هو الدقة في تحديد موقفك من كل عبارة.

لا تضع أكثر من علامة (×) واحدة أمام أي عبارة، و لا تترك أي عبارة دون تحديد موقفك منها.

**** البيانات الشخصية:***

السن : ....

الجنس : ذكر (.....) ، أنثى (.....).

المستوى التعليمي : ....

تاريخ تطبيق الإختبار : ....

الرقم	الــعبـــارات	يحدث دائما	يحدث كثيرا	يحدث نادرا	لا يحدث مطلقا
1	أقوم بجمع معلومات حول داء السكري.				
2	أتخوف كثيرا من تعقيدات هذا المرض(السكري).				
3	أهتم بحضور الملتقيات التي تنظم حول هذا المرض.				
4	طالما تمنيت، لو أني لم أصب بهذا المرض.				
5	أتجنب التحدث عن مرضي.				
6	أنزعج عندما يسدي إلي الناس نصائح في ما يتعلق بحالتي الصحية.				
7	أشعر غالبا بالعزلة عن الآخرين بسبب مرضي.				

8	يشعرني هذا المرض بالإكتئاب.				
9	أحاول تناسي مرضي.				
10	أحاول رصد آخر البحوث المقامة حول داء السكري.				
11	عندما أكون ضمن جماعة، عادة ما أشعر بالعزلة.				
12	أشارك أفراد أسرتي في الأعمال اليومية للمنزل دون إحساسي بالعجز.				
13	تصعب علي نفسي كلما، افتكرت أني مصاب بهذا الداء .				
14	أتحاشى تناول الدواء (أو أخذ حقنة الأنسولين) أمام الآخرين.				
15	لا أشعر بحرج أو ضيق من هذا المرض.				
16	أحرص على متابعة حالتي الصحية.				
17	طالما اعتقدت أن هذا المرض خطير.				
18	طالما تمنيت لو أني لم أصب بالسكري في هذه السن.				
19	أتفادى التفكير بأني مصاب بهذا المرض.				
20	يشعرني مرضي بالحزن.				
21	أحاول معرفة أسباب تعرضي لهذا المرض.				
22	أنزعج عندما يسألني الآخرون عن حالتي الصحية.				
23	أتبع نظام غذائي خاص بمرضي أو بحالتي الصحية.				
24	أصرح بمرضي للآخرين ، بدون خجل.				
25	أرتقب موتي بين الحين و الآخر.				
26	أقوم بالتحاليل الطبية بشكل دوري.				
27	تعيقني أعراض هذا المرض في عملي.				
28	أخفف عن أصدقائي المصابين بهذا المرض حديثا و أقدم لهم النصائح.				
29	أعتني بصحتي بشكل جيّد.				
30	أتخوف كثيرا من مخاطر و مضاعفات هذا المرض.				

Les compétences sociales et leur relation avec l'acceptation du diabète

« recherche exploratoire sur un échantillon de diabétiques »

(de 30 à 50 ans)

Résumé :

Le sujet de la présente étude consiste en la recherche de la relation qui existe entre les compétences sociales et l'acceptation du diabète par un échantillon des personnes diabétique dont l'âge varie entre 30 et 50 ans.

En se basant sur deux variables: le sexe et le niveau intellectuel, et en posant les questions suivantes:

- *Y a-t-il une relation signifiante entre les compétences sociales et l'acceptation du diabète?*
- *Y a-t-il une relation signifiante entre les compétences sociales et l'acceptation du diabète par rapport au sexe ?*
- *Y a-t-il une relation signifiante entre les compétences sociales et l'acceptation du diabète par rapport au niveau intellectuel ?*

L'étude était effectuée suivant la méthode descriptive relationnelles sur un échantillon qui contient 100 personnes diabétiques , choisies volontairement de quelques centres spécialisés à SETIF (hôpital , cliniques privés ,et l'association des diabétiques) , où elles remplissent les conditions sujet de l'étude, suivantes :

- *L'âge : de 30 à 50 ans*
- *Le sexe : masculins et féminins*

- *Le niveau intellectuel :*

  * *Intellectuels: ayant un niveau universitaire*
  * *Non-intellectuels: n'ont pas effectué des études universitaires*

Pour constater les hypothèses attendus, et répondre aux questions posées précédemment ; on a appliqué dans cette recherche deux tests (test de compétences sociales et de l'acceptation du diabète) ;

Et d'après l'application de méthodes statistiques descriptives, les moyennes, les déviations standards et les coefficients de relation « person »

les résultats statistiques de l'étude ont confirmé l'hypothèse initiale qui défini l'existence d'une relation entre les compétences sociales et l'acceptation du diabète , et ont démontré également que la variable de sexe et le niveau intellectuel jouent le rôle d'une troisième variable régulatrice. Autrement dit : les résultats ont démontré qu'il ya une différence au sein de cette relation par rapport au sexe et au niveau intellectuel .